



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196253

Vítima: ELISANGELA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 17/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELISANGELA DA SILVA LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ELISANGELA DA SILVA LIMA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000028103-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00793/00794 - carta\_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTAP UV7DS SFR22 YH57R

## PROCURAÇÃO

Eu, ELISANGELA DA SILVA DE LIMA, brasileiro (a), SOLTEIRA, DO LAR, portador (a) da cédula de identidade RG nº 220824, inscrito (a) no CPF sob o nº 813422842-91, residente e domiciliado (a) na R. FRANCISCO C ANDRADE, nº 529, Bairro ASA BRANCA, CEP 69312-258, telefone nº 195199146-8991 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 25 de JUNHO de 2020.

X Elisangela da Silva de Lima  
**OUTORGANTE.**



TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
<p>Esta é sua <b>Carteira de Trabalho - CTPS</b>, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento é o seu estado, de conservação, espelha a conduta, qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: <a href="http://WWW.MTE.GOV.BR">WWW.MTE.GOV.BR</a></p>	<p><b>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</b></p> <p>PI/PASEP <b>126.07434.66-3</b></p> <p>NÚMERO <b>1792166</b> SÉRIE <b>0040</b> UF <b>RR</b></p> <p><i>Elisângela da Silva de Lima</i></p> <p>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p>POLEGAR DIREITO</p>  

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
<p><b>ELISANGELA DA SILVA DE LIMA</b></p> <p>FILIAÇÃO: NOE COSTA DE LIMA LAIDE DA SILVA CEZARIO SEXO: FEMININO</p> <p>NASCIMENTO: 19/04/1985</p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO</p> <p>NATURALIDADE: BOA VISTA - RR</p> <p>DOCUMENTO: C.N. 42000 LV A - A53 FLS 255 - 04/12/1987 - DEUSDETE</p> <p>COELHO - BOA VISTA - RR</p> <p>LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995</p> <p>CPF: 813.422.842-91 CNH: 005</p> <p>TIT. ELEITOR: 003404312658 SEÇÃO: 0055 ZONA: 005</p> <p>LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 30/10/2013</p> <p><i>Elisângela da Silva de Lima</i></p> <p>Assinado digitalmente por Wallyson Barbosa Moura MTE, DO GOV. DO ESTADO DE RORAIMA, em 03/08/2020 às 14:58:00, no âmbito do Poder de Assinatura.</p>	<p>FILIAÇÃO</p> <p>DATA DE NASC. DE / / PARA / /</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p>NOME</p> <p>DOCUMENTO</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR</p> <p>MOTIVO</p> <p><b>LEGENDA</b></p> <p>A - CASAMENTO   C - DIVÓRCIO   E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE   G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL   D - ADOÇÃO   F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA</p>





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 015126/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 07/05/2020 11:47 Data/Hora Fim: 07/05/2020 19:25  
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

**DADOS DA Ocorrência**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 17/02/2020 18:00

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)  
Bairro: Asa Branca  
Logradouro: Rua Pedro Praça - sentindo centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1224: DEIXAR O CONDUTOR DO VEÍCULO, EM ACIDENTE, DE PRESTAR IMEDIATO SOCORRO À VÍTIMA, OU, DEIXAR DE SOLICITAR AUXÍLIO DA AUTORIDADE PÚBLICA (ART. 304 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)**

Nacionalidade: Brasileira

Idade:

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

**Nome Civil: ELIZANGELA DA SILVA DE LIMA (VÍTIMA, COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Nasc: 19/04/1985

Idade: 35 anos

Naturalidade: RR - Boa Vista

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Laide da Silva Cezario

Nome do Pai: Noe Costa Lima

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 813.422.842-91

RG - Carteira de Identidade: 220824

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Antonio Pinheiro Galvão

Nº: 1348

Telefone: (95) 99146-8991 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>Descrição</b> Desconhecido	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Desconhecido 1	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Simone Arruda do Carmo  
Impresso por: Ana Cassia Ferreira Cruz  
Data de Impressão: 07/05/2020 19:25  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 015126/2020

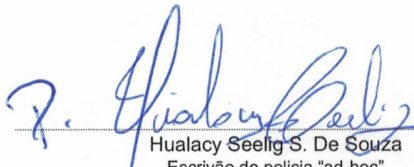
**RELATO/HISTÓRICO**

Que a comunicante compareceu nesta UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 17 de fevereiro de 2020, por volta das 18:00 horas da noite, a comunicante trafegava em sua bicicleta; Que neste momento trafegava na Rua Pedro Praça, no bairro: Asa Branca/RR/BV - sentindo certo, que estava retornando para sua residência, quando uma motocicleta em alta velocidade, colidiu com a comunicante; QUE a comunicante foi arremessada de sua bicicleta; QUE no momento do fato, a comunicante foi socorrida por transeuntes que estavam presentes no local, que de imediato a colisão o autor do acidente evadiu-se do local do acidente sem prestar socorro ou assistência a comunicante; QUE a comunicante teve fraturas em todo seu corpo, e fraturas mais graves nos dois braços e mãos (direito e esquerdo), como consta em laudo médico em anexo a este B.O.; QUE PERGUNTADO á comunicante se ela tem suspeitas ou testemunhas que identifiquem ou auxilie na identificação do autor que conduzia a motocicleta, RESPONDEU: QUE NÃO tem suspeitas de quem poderia ser o infrator que conduzia a motocicleta acima citada, que não lembra de algo que pudesse auxiliar na identificação deste veículo (cor, modelo, placa...), que em conversas posteriores ao acidente, as testemunhas do fato externaram que não anotaram a placa do veículo, nem as características do condutor desse veículo.

QUE a comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (07/05/2020) devido à gravidade de seus ferimentos e pelo fato desse registro garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig. S. de Souza, escrivão de polícia ad-hoc, chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O, orientei ao comunicante que ele poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

**ASSINATURAS**

  
Hualacy Seelig S. De Souza  
Escrivão de polícia "ad-hoc"  
Chefe de Seção da Polícia Civil do Estado de Roraima  
Matrícula 020116684


**RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO**

  
Elizangela da Silva de Lima  
(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

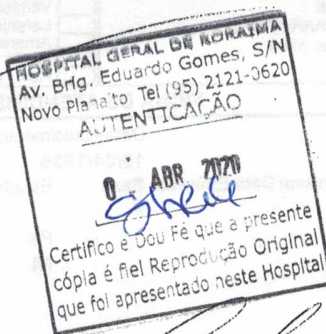


unisto UE / Patrício

 <b>GÓVERNO DO ESTADO DE RORAIMA</b> Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	
2001221296 17/02/2020 10:30:07		<b>FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA</b>				DIURNO 07-19 11	
Paciente: <b>ELIZANGELA SILVA LIMA</b> Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão		Data Nascimento: <b>19/04/1985</b> Sexo: <b>F</b> Estado Civil: <b>NI</b>		Idade: <b>34 A 9 M 28 D</b> Raça/Cor: <b>PARDA</b>		CNS: <b>1</b> CPF: <b>111.111.111-11</b>	
Mãe: <b>LAIS CESARIO DE LIMA</b> Endereço: <b>RUA - - SN - -</b>		Pai: <b>NI</b>		Naturalidade: <b>BRASILEIRA</b>		Contato: <b>ERBEJONE.SIMPLICIO</b>	
Class. de Risco: <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		Plano Convênio: <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		N° da Carteira: <b>1234</b>		Validade: <b>12345</b>	
Motivo do Atendimento: <b>ACIDENTE DE BICICLETA</b>		Caráter do Atendimento: <b>URGÊNCIA</b>		Profissional do Atend.: <b>TRANSPORTADO POR TER</b>		Procedência: <b>Temp.</b>	
Setor: <b>GRANDE TRAUMA</b>		Tipo de Chegada: <b>TRANSPORTADO POR TER</b>		Procedimento Sol.: <b>ERBEJONE.SIMPLICIO</b>		Registrado por: <b>ERBEJONE.SIMPLICIO</b>	
Queixa Principal: <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <b>Acidente moto bicicleta</b>							
Anamnese de Enfermagem: <b>Paciente refere que há 20 min teve colisão com moto, lesionando 5º dedo da mão esquerda, dor direita, sem mobilidade.</b>				GSC: <b>AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456</b>			
Exame Físico: <b>BEG, LOTE, AAA, eupneica em ar ambiente</b> <b>A= vias aéreas pervias C= sem sinais de choque, freq. adequada</b> <b>B= D= pupilas isocônicas e fotorreageis ECG=15 e MMII.</b>							
Hipótese Diagnóstica: <b>Luxação de 5º dedo da mão D</b>							
SADT - Exames Complementares: <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO: <b>Dipirona 2g EV agora</b> <b>Tilatil 40mg EV agora</b>				APRAZAMENTO: <b>10:45</b>		OBSERVAÇÃO:	
Conduta: <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revella <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <b>Ortopedia</b>							
óbito: <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável:				Carimbo e Assinatura do Médico: <b>Adélie Gai Costa Médica CRM-RR 1988</b>			



Pai e



Pai e irmão Superior

de interseção com o

de 5º Q D D. + irmão

de nome D. T. L.

Exa. p. m. b. e. R.

por realig. e pres

Est. med. e p. m.

CD. Irmão Pet. irmão

Exa. p. m. b. e. 5º Q D D.

+ irmão de D. T. L.

+ irmão de p. m. b. e.



**NIR** **Toum: 18.02.2020** Anexo 1

**SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ 2 - CNES \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_ 4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE *Edson de Souza Lima* 6 - Nº DO PRONTUÁRIO *128515*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) \_\_\_\_\_ 8 - DATA DE NASCIMENTO *19/04/1985* 9 - SEXO ☒ Masc. ☐ Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL *hais Cesario de Lima* 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE \_\_\_\_\_ DDD \_\_\_\_\_

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) \_\_\_\_\_ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Br* 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO \_\_\_\_\_ 15 - UF *PR* 16 - CEP \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *fratura exposta S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Ho C/ fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P.*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Ex + Exame físico*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL *fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P.* 21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P. + fr. de base do S.O.D.P.* 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CLÍNICA \_\_\_\_\_ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_ 28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE \_\_\_\_\_

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *Renato Roberto de Souza* 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO *18/02/2020* 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA \_\_\_\_\_ 37 - Nº DO BILHETE \_\_\_\_\_ 38 - SÉRIE \_\_\_\_\_

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA \_\_\_\_\_ 40 - CNAE DA EMPRESA \_\_\_\_\_ 41 - CBOR \_\_\_\_\_

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *0301060088 8039*

45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *17/02* 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

**HOSPITAL GERAL DE NOVA LIMA**  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Nova LIMA - RJ  
11-11-0620  
0 - ABR 2020  
Certifico e dou fe que a presente  
cópia é fiel reprodução Onr  
que foi apresentada neste Hr





**RORAIMA ENERGIA S.A.**  
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com  
a Roraima Energia,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO  
**0023523-7**

Nº da Nota Fiscal **4487319**

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002. FCM\*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2020	11/02/2020	411	337,63

JOAO VIEIRA REIS  
R. FRANCISCO C. ANDRADE 529 - ASA BRANCA  
CEP: 69.312-258 - BOA VISTA

CPF: 00011241560200

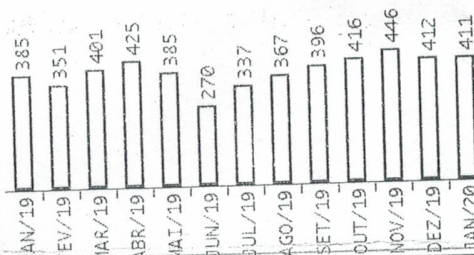
DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 27941	Atual: 24-01-2020	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.1
Anterior: 26530	Anterior: 24-12-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 02-02-2020	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 23-01-2020	Número Medidor: E2725721
Consumo medido: 411	Apresentação: 24-01-2020	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 411		Modalidade: M 1503433

DESCRIÇÃO DA CONTA	411 A R\$ 0,760481 =	312,55 25,08
CONSUMO ILUMINAÇÃO PÚBLICA		

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA EM TRIBUTOS:  
0 A 411 - 0,01770

#### HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



Média 12 meses: 385



**MENSAGENS  
IMPORTANTES**

**REAVISO DE  
VENCIMENTO**

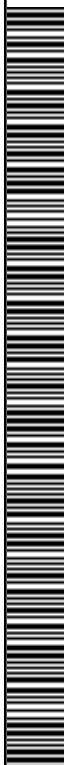
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 E 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 23-01-2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EA0E.0004.3DD2.2DAD.5204.8476.607C.1426

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
		ALÍQUOTA	VALOR
Energia: 124,39	Encargos: 7,60	Base de Cálculo: 131,99	TCMS: 17,08% 52,13
Distribuição: 74,40	Tributos: 15,64	512,55	PIS: 0,31% 0,97
Transmissão: 11,30			COFINS: 1,45% 4,54

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC			FIC			DMC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	1,72			2,00			1,12
Conjunto FLORESTA			Período de apuração: 11/2019			EUSD: 136,40	





## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, ELISANGELA DA SILVA DE LIMA, brasileiro  
(a), SOLTEIRA, DO LAR, portador (a) do RG nº  
220824, inscrito (a) no CPF sob o nº 813422842-91, residente e  
domiciliado (a) na R. FRANCISCO CANDRADE, nº 529, Bairro  
ASA BRANCA, Boa Vista-RR, CEP 69312-258, telefone  
nº (95) 99146-8991, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 25 de JUNHO de 2020.

Elisangela da Silva de Lima  
DECLARANTE