

21/04/2017

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3170081907 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NILO DE MELO CABRAL

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO COELHO NETO - CONSULTORIA,
ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO NILO DE MELO CABRAL

CPF/CNPJ: 01772325287

Posição em 21-04-2017 21:30:05

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.350,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/04/2017	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028724/2016

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/09/2016 16:24 Data/Hora Fim: 07/09/2016 16:49
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 78346 SÉRIE J Data: 07/09/2016
Delegado de Polícia: Carol Fernandes da Silva Camelo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 07/09/2016 13:20

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Via das Flores com Bandeirantes

Bairro: Buritis

Complemento: semafaro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Veículo	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: ROSIMEIRE DE SOUZA CRUZ (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 40

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA LIBRA, RESIDENCIAL MACUNAIMA

Nº: BLOCO A-2

Complemento: AP-02

Bairro: CIDADE SATÉLITE

Nome: NILO DE MELO CABRAL (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 66

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SOROCAIMA

Nº: 16

Bairro: SÃO VICENTE

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

DAT

CONFERE COM ORIGINAL

DATA: 09/09/17

ASSINATURA

Soni Figueira de Carvalho
Agente Administrativo Uniao
Mat. 0707577

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAJ6640

Número do Chassi CG125BR2139593

Ano/Modelo Fabricação 1984/1984

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/ML 125

Modelo HONDA/ML 125

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Nilo de Melo Cabral	Proprietário

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 028724/2016

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete
Placa NAK0697	Número do Chassi 9BWCA05Y73T011210
Ano/Modelo Fabricação 2003/2002	Cor CINZA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo VW/GOL SPECIAL	Modelo VW/GOL SPECIAL
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosimeire de Souza Cruz	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A Guarnição da Polícia Militar foi acionada via CIOPS para atender ocorrência de acidente de trânsito, ao chegar ao local constatou que a Sra. Rosimeire dirigia o veículo VW/GOL, CINZA, PLACA NAK-0697 e o senhor Nilo que conduzia uma motocicleta HONDA 125, VERMELHA, PLACA NAJ-6640, colidiram e o Sr. Nilo foi conduzido pelo SAMU até o PSE com escoriações, os veículos foram liberados conforme o ROP.

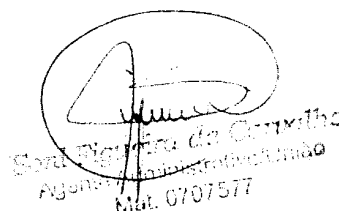
ASSINATURAS



Fabiano Mac Donald de Almeida
Responsável pelo Atendimento

POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA
Comunicante

"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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Sora Regina da Conceição
Agente Administrativo
Mat. 0707577

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - COD. BOE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

Nome: Niro de Melo Cabral

Data: 07/05/16

01- Dieta livre

02- SF0,9% 500ml + GH50% 40ml EV 6/6h

03- Cefalotina 1g EV 6/6h (21/07/16)

04- Tramadol 100mg + SF0,9% 100ml EV 6/6h

05- Dipirona 1g EV 6/6h

06- Tenoxicam 20mg EV 2x ao dia

07- Omeprazol 40mg EV 1x/dia

08- Plasil 10mg EV 8/8h SN

09- Sinais Vitais 6/6h

10- Anotar o Debito do dreno diariamnte

11- Cuidados de enfermagem

SND

18 24 06 12

18 24 06 12

18^{NTF} 24 06 12

18 24 06 12

22 10

06

S/N

Refine

Anotar

23h = SSVV = PA = 135 x 82 P=76

06h = Debito Dreno de Torax = 100ml



Descrição de Procedimento

Nome: Niro de Melo Cerebral

Profissionais: Dr. Fernando de O. Odeir (1/2) / Dr. Fache (1/1)

Data: 07/09/16

- 1-Paciente em DDH, Mais Assepsia e Antissepsia.
- 2-Anestesia Local em 5º EIC, linha média axilar, em hemitórax D superficial e profunda.
- 3-Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal, linha média axilar média.
- 4-Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior mais divulsão até a cavidade torácica, mais dissecação romba com avaliação digital e lise de aderências.
- 5-Passagem de tubo fenestrado nº 30 em sentido antero-superior
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com presença de pneumotórax e pequeno hemotórax
- 7-Fixação do tubo à pele com nylon 2-0, em ponto em U mais ponto de segurança com fio nylon 2-0 mais bailarina.
- 8- Limpeza local mais curativo
- 9- Dreno funcionante.(oscilante)
- 10- Raio X de Tórax de controle.

Odair M. Vaz
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RR 11044

ROKAIMA
Cirurgia Geral, S/N
R. Manoel de Sá, 111-112-113
Cidade de São Paulo
CEP 05400-000

28 DEZ. 2015

Este documento é de uso exclusivo do Hospital
e não pode ser reproduzido sem a autorização
do Hospital

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

5600
DE-2

Regulador
para leito

Regulação Interna

211-2 *012145*

21 + PRESCRIÇÃO DIÁRIA
AO BOCO Bico

✓

UNIDADE/SETOR:

HEE

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Vino da Melo Cabral

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

Dr. Tosmundo / Odani / Rebur

DATA/HORA:

08.03.16

PRESCRIÇÃO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO: SND

OBSERVAÇÕES:

1. Gota Lime

2. Mantem

3511 168

2. AUP

30-34-06-12

Bo: 133x63

3. Colapso 1a e 6a

1120010412

Ac: 54

4. Deuacel 10037 12/16

16-24-06-12

10-22

5. Digluca 1x 15 6/6

10-22

06 hrs

6. Telatid 403 12/12

06

Deleto Duvo = 300 ml

7. Quimel 403 6/6

ATENÇÃO /

Deleto Duvo = 300 ml

8. Anetol Des 100 20/20

RECAUZA

oposto Duvo = 300 ml

9. Anetol Des 100 20/20

FISIO

oposto Duvo = 300 ml

10. 3511 TCC 66

ROTINA

R. Ribeiro Custódia
CRM - RR 1835

28 DEZ. 2015

06 hrs
133 x 85
133 x 73
133 x 365

GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA HORA	EVOLUÇÃO
08.01.19	Não de Rolo Cobral
	Paciente com DFT. em Ol drá : após Pneumotom Tenso- x Centrose, Refere melhora, e Al Exan - MHPASS: Bem. SRA - Oxim. Braccio flutuante na Ab: 8,9. Borbulha - Oxim: 20 ml - / sero hemático / 24h - Bolhas em pulm - CD: - Center tropis - Passado bloco B.
08.01	partida de transferência Ab: 8,9 24,2730 - 1200 M 960.00 - 7.0 n. h. d. par WTC- para AB/6/1

R. Ruben Custódio
RT - Cirurgia Geral
CRM - RR 1556

HOSPITAL DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
28 DEZ. 2016
Certifico e Dou Fé que a presente
é a reprodução Original
do documento apresentado neste Hospital

ASSINATURA: _____
CRM: _____

NOME	NIRO DE MELO CABRAL				LEITO	217-1	MEGA ALERGIA	DATA: 09/09/2016
1	DIETA LIVRE				5 UB			HD DI: DC:
2	AVP				MAUTER			
3	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H				12-18	24-06		
4	TILATIL 20 MG EV 12/12H				10-18	24-06		
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				12-18	24-06		
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN				12-18	24-06		
7	RANITIDINA 50 MG EV 8/8H				12-18	24-06		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H				12-18	24-06		
9	ANOTAR DÉBITO DO DRENO				12-18	24-06		
10	SSV+CCGG				12-18	24-06		
11								Profissional Responsáveis
12								
19								
21								
22								
SINAIS VITAIS		DEXTRO		INSULINA REGULAR		HORA		
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	< 70	GH 50% 40 ML - EV		
PA					< 180	0 UI - SC		
TAX					181 - 210	02 UI - SC		
FC					211 - 240	04 UI - SC		
DU					241 - 270	06 UI - SC		
EVACUAÇÃO					271 - 300	08 UI - SC		
O								
CURATIVO					> 300	10 UI - SC		



Dr. Humberto Pizzo Rios
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/RP 1834

28 DE JUL. 2016

28 de julho de 2016

28 de julho de 2016

Dr. Humberto Pizzo Rios

Trucado por 06 hrs

150ml



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA GERAL
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



NOME	NIRO DE MELO CABRAL	LEITO	217-1	NEGA ALERGIA	DATA: 10/09/2016
1	DIETA LIVRE		SNV		DI: DC:
2	AVP		MANEIR		
3	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H		18-18-24-06		
4	TILATIL 20 MG EV 12/12H		18-18-24-06		HD
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H		18-18-24-06		
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN		18-18-24-06		
7	RANITIDINA 50 MG EV 8/8H		18-18-24-06		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H		18-18-24-06		PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS
9	ANOTAR DÉBITO DO DRENO		18-18-24-06		
10	SSV+CCGG		18-18-24-06		
11					
12					
19					
21					
22					
Dr. Humberto Duzar Rios Médico Residente Cirurgia Geral CRM/RJ 1834					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	< 70
PA	\	\	\	\	< 180
TAX					181 - 210
FC					211 - 240
DU					241 - 270
EVACUAÇÃO					271 - 300
CURATIVO					> 300
INSULINA REGULAR					
GH 50% 40 ML - EV					
0 UI - SC					
02 UI - SC					
04 UI - SC					
06 UI - SC					
08 UI - SC					
10 UI - SC					
DEXTR O					
INSULIN A					

28 DEZ. 2016

18h: Trocado pela
da água - 100ml.
Fe. Exp. Antiviral
06h
Trocado pelo
Naqua 500ml.
EC druno



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA GERAL
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



NOME	NILIO DE MELO CABRAL	LEITO	217-1	NEGA ALERGIA	DATA: 11/09/2016		
1	DIETA LIVRE	500					
2	AVP	MAU T.C.D.					
3	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H	100 mg	24				
4	TILATIL 20 MG EV 12/12H	100 mg	24				
5	DIPRONA 1G EV 6/6H	100 mg	24				
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN	100 mg	24				
7	RANITIDINA 50 MG EV 8/8H	100 mg	24				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H	100 mg	24				
9	ANOTAR DÉBITO DO DRENO	100 mg	24				
10	SSV+CCGG	100 mg	24				
11		100 mg	24				
12		100 mg	24				
19		100 mg	24				
21		100 mg	24				
22		100 mg	24				
SINAIS VITAIS		DEXTRO	INSULINA REGULAR	HORA	DEXTRO	INSULINA	
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	< 70	GH 50% 40 ML - EV	
PA	\	\	\	\	< 180	0 UI - SC	
TAX					181 - 210	02 UI - SC	
FC					211 - 240	04 UI - SC	
DU					241 - 270	06 UI - SC	
EVACUAÇÃO					271 - 300	08 UI - SC	
O					> 300	10 UI - SC	
CURATIVO							

Dr. Humberto Piza Rios
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM/R 1884

18h de Dreno Torácico
50 ml

06H, Dreno de Torácico
50 ml

As 06H, trocado "dreno de torácico"
depois - 100 ml

HD

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

28 DEZ. 2015

C



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA GERAL
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



NOME	NIRO DE MELO CABRAL	LEITO	217-1	NEGA ALERGIA	DATA: 12/09/2016
1	DIETA LIVRE				
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1 G EV 6/6H				
4	TIATIL 20 MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H				
6	PLASIL 10MG EV 8/8H SN				
7	RANITIDINA 50 MG EV 8/8H				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8H				
9	ANOTAR DÉBITO DO DRENO				
10	SSV+CCGG				
11	FLUCONAZOL 150MG				
12					
19					
21					
22					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	
PA					
TAX					
FC					
DU					
EVACUAÇÃO					
O					
CURATIVO					

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DI: _____
DC: _____

HD

28 DE OUT. 2016



EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 12/09/2016	DI/HGR: 07/09/16	DN: 09/03/50	ÁREA: Roraima
NOME: Nino de Melo Calral	IDADE: 66a	LEITO: 217-1	
DATA DA CIRURGIA: 07/09/2016	MÉDICO PRECEPTOR:		
MÉDICO RESIDENTE:			

Diagnósticos: Pneumotorax (D) por Politrauma

Dispositivos:	Antimicrobianos:	Pgresso:
SNG:	Atual:	
Sonda Vesical:		
Dreno de Tórax:		
Outros:		

Últimas 24hs:	ΔFC:	SNG:
ΔTax:	ΔFR:	Evacuações: OK
ΔPAS:	Diurese: OK	Drenos: 50mL
ΔPAD:	UF:	
ΔGlicemias:	Clearance/Cr:	

() Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

(X) Outros: Paciente refere dor associada à ventilação. Nega febre ou sangramentos - Portador de hemofilia

PLT-117, VHS-107, UT-5,74, ET-2,20 Hb-7, Ht-20,70%.

Exame Físico: BEG (X) REG () MEG () / Anictérico (X) ou Ictérico () /+4
Hidratado (X) ou Desidratado () /+4 / Consciente (X) ou Desorientado ()
Corado () ou Hipocorado (X) + /+4 / Acianótico (X) ou Cianótico () /+4

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros:

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros:

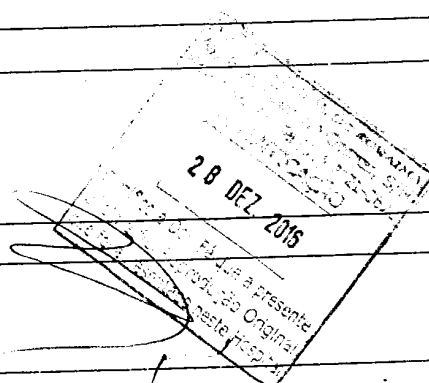
Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

() Outros:

ID.: Pneumotorax (D)

CD: Retirar dreno e Raio X de controle.



Adelie Nicolli M. Goul
Interna - UPROR

[illegible]

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Nilo de Melo Cabral, portador da carteira de identidade nº 18663 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.723.252-87, residente e domiciliado na R: Perocaina, Cidade Boca Vista, Estado Roraima, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

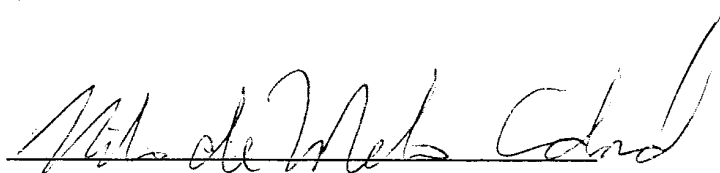
() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Boca Vista, 23/01/17

Local e data



Subsistema Integrado de Atenção a Saúde do Servidor
SIASS - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA - Sede

LAUDO MÉDICO PERICIAL

LICENÇA PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

Número do Laudo: 0.182.146/2016

Identificação	
Nome do Servidor:	NILO DE MELO CABRAL
CPF:	017.723.252-87
Órgão:	26250 - UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
Matrícula SIAPE:	388130

Considerando o exame pericial realizado em 23 de Setembro de 2016, concluímos que:

O servidor apresenta, no momento, incapacidade laborativa e deverá ficar afastado de suas atividades profissionais, em licença para tratamento de saúde.

Período de afastamento: de 08/09/2016 a 07/10/2016

Número de dias de afastamento: 30 dias

Base Legal:

Artigos 202 e 203, do(a) LEI 8.112/90

Boa Vista, 23 de Setembro de 2016

Dr(a) PAULO EMILIO MELLO DE
OLIVEIRA

CRM-RR 190

Órgão: 26250 Matrícula: 708889



EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 13/09/2016	DI/HGR: 07/09/16	DN: 09/03/50	ÁREA: Bloco B
NOME: Niro de Melo Calhal	IDADE: 66a	LEITO: 217-1	
DATA DA CIRURGIA: 07/09/2016	MÉDICO PRECEPTOR: Josenaldo	MÉDICO RESIDENTE: Adair Rubens	

Diagnósticos:

Poli-trauma → Pneumotorax (D)

Dispositivos:

SNG:

Sonda Vesical:

Dreno de Tórax:

Outros:

Antimicrobianos:

Atual:

Pregresso:

() Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

(X) Outros: Paciente refere dor na coluna toracolumbar e em região lombar (na região do hematoma)

Exame Físico: BEG (X) REG () MEG () / Anictérico (X) ou Ictérico () ____/+4

Hidratado (X) ou Desidratado () ____/+4 / Consciente (X) ou Desorientado ()

Corado (X) ou Hipocorado () ____/+4 / Acianótico (X) ou Cianótico () ____/+4

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros:

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros:

ABD.:

(X) Flácido, sem vísceromegalias, indolor, RHA +

() Outros:

Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

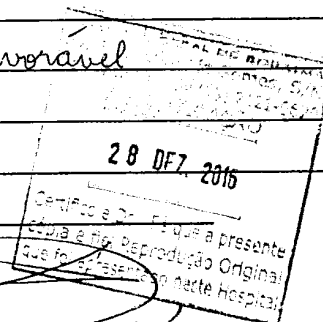
(X) Outros: Hematoma extenso em toda a região lombar, chegando às laterais.

FO.:

PROGRAMAÇÃO: Retirada do dreno em 12/09/16.

CD.: Alta hospitalar pós Raio X de tórax favorável

Assinatura e Carimbo
Dr. Adelle Nicolli M. Gai
Interna - UFRR



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

Hospital Geral de Roraima

RESUMO DE ALTA

NOME: Niro de Melo Cabral

DATA DE INTERNAÇÃO: 07/09/16 DATA DA CIRURGIA: 07/09/16 DATA DA ALTA: 13/09/16

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO:

Pneumotórax à (D) + Hemofilia

TRATAMENTO:

Dreno de Tórax

EVOLUÇÃO:

Paciente evoluindo bem no pós-operatório, sem intercorrências nas últimas 24 hrs, com boa aceitação da dieta, diurese e flatos (+). FO limpa, sem sinais flogísticos.

ORIENTAÇÃO:

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências;
- 2- Lavar a ferida operatório com água e sabão e manter a ferida limpa e seca;
- 3- Retirar os pontos com 10 dias no posto de saúde;
- 4- Retornar ao ambulatório de pós-operatório no Hospital Coronel Mota no dia 19/09/16
Às 08:00 hrs com o Dr(a): Josinaldo.


Adélie Nicoli M. Gai
Interna - UFRR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto

CEP: 69310-005 Boa Vista-RR

Tel: (95) 2121-0615

28 DEZ. 2015

DECLARAÇÃO

NILO DE MELO CABRAL, brasileiro, casado, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 18663 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 017.723.252-87, residente e domiciliado na Rua Sorocaima, nº 16, Bairro: São Vicente, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fê.

Boa Vista-RR, 02 de Janeiro de 2017.



DECLARANTE

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

NILO DE MELO CABRAL, brasileiro, casado, aposentado, portador da Cédula de Identidade nº 18663 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 017.723.252-87, residente e domiciliado na Rua Sorocaima, nº 16, Bairro: São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

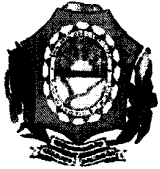
LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicia et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 02 de Janeiro de 2017.

x _____
OUTORGANTE

 Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota 00003295 Data e Hora de Emissão 30/08/2018 08:07:41 Data do Fato Gerador 30/08/2018 Código de Verificação ADCJAOKM-EZAJAG	
Dados do(s) Serviço(s) Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível		Local da Prestação BOA VISTA - RR - BRASIL Local da Incidência BOA VISTA - RR	
Prestador do(s) Serviço(s)			
 Nome/Razão Social: R. DE VASCONCELOS GOMES - ME Nome Fantasia: IOR - INSTITUTO ODONTO - RADIODIAGNOSTICO Endereço: AV VILLE ROY, 5447 TERREO CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-068 CPF/CNPJ: 09.605.397/0001-10 Telefone: (85) 3626-1161 Insc. Municipal: 0326046 E-mail: romeugomes@hotmail.com			
Tomador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: NILO DE MELO CABRAL Nome Fantasia: Endereço: RUA SOROCAIMA, 16 SÃO VICENTE BOA VISTA - RR CEP: 69303-400 CPF/CNPJ: 017.723.252-87 Telefone: (95) 3224-1632 Insc. Municipal: E-mail: NILO@HOTMAIL.COM			
Discriminação do(s) Serviço(s) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiol. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8640205 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia			
Valor do(s) Serviço(s) 180,00		Valor Dedução 0,00	
Alíquota ISS (%) 0,00		Valor do ISS 0,00	
Desconto Incondicionado 0,00		Base de Cálculo ISS 180,00	
Valor ISS Retido 0,00		Desconto Condicionado 0,00	
Retenções Federais			
Imposto de Renda 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00
INSS 0,00		Outras Retenções 0,00	
Total 180,00		Total Líquido 180,00	
Outras Informações			
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL *** O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP) Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 33,21 - (18,45%) - Fonte: IBPT			
Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://boavista.saatri.com.br			



Prefeitura Municipal de Boa Vista

Rua Coronel Pinto, 188
Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150
CNPJ: 05.943.030/0001-55

Nota Fiscal de Serviços Eletrônica

Número da Nota
00000090

Data e Hora de Emissão
07/02/2019 14:35:16

Data do Fato Gerador
07/02/2019

Código de Verificação
AAABEHIZ-EPAFGV



Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação
Exigível

Dados do(s) Serviço(s)

Local da Prestação
BOA VISTA/RR - BRASIL

Local da Incidência
BOA VISTA/RR

Prestador do(s) Serviço(s)

Nome/Razão Social: **A. R. NOIA DE SOUZA - ME**

Nome Fantasia: **LIDER ZELADORIA PATRIMONIAL**

Endereço: **RUA TACUTU, 341 SALA 01**

SAO VICENTE BOA VISTA - RR CEP: 69303-462

CPF/CNPJ: **29.260.534/0001-39**

Insc. Municipal: **9650792**

Telefone: **(95) 9.9115-8087**

E-mail: **fiscal@evolucaorr.com.br**

Tomador do(s) Serviço(s)

Nome/Razão Social: **NILO DE MELO CABRAL**

Nome Fantasia:

Endereço: **Rua SOROCAIMA, 16**

São Vicente BOA VISTA - RR

CPF/CNPJ: **017.723.252-87**

Insc. Municipal:

Telefone:

E-mail:

Discriminação do(s) Serviço(s)

SERVIÇO DE VIGILÂNCIA E SEGURANÇA PRIVADA
REFERENTE: FEVEREIRO/2019.

Classificação do Serviço (LEI 116/2003)

11.02 - Vigilância, segurança ou monitoramento de bens, pessoas e semoventes.

Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1)

8011101 - Atividades de vigilância e segurança privada

Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS
70,00	0,00	0,00	70,00
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
0,00	0,00	0,00	0,00

Retenções Federais

Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL	INSS	Outras Retenções
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Total

Total do(s) Serviço(s)

70,00

Total Líquido

70,00

Outras Informações

*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL ***

O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP)

Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 12,22 - (17,45%) - Fonte: IBPT

	Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55	Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota 00003294	
		Data e Hora de Emissão 30/08/2018 08:07:00 Data do Fato Gerador 30/08/2018 Código de Verificação ADCCAOKL-EZAJAG	
Dados do(s) Serviço(s)			
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL	Local da Incidência BOA VISTA/RR	
Prestador do(s) Serviço(s)			
	Nome/Razão Social: R. DE VASCONCELOS GOMES - ME Nome Fantasia: IOR - INSTITUTO ODONTO - RADIODIAGNOSTICO Endereço: AV VILLE ROY, 5447 TERREO CENTRO BOA VISTA - RR CEP: 69301-068 CPF/CNPJ: 08.605.397/0001-10 Insc. Municipal: 0326046 Telefone: (95) 3626-1161 E-mail: romeugomes@hotmail.com		
	Tomador do(s) Serviço(s)		
Nome/Razão Social: NILO DE MELO CABRAL Nome Fantasia: Endereço: RUA SOROCAIMA, 16 SAO VICENTE BOA VISTA - RR CEP: 69303-400 CPF/CNPJ: 017.723.252-87 Insc. Municipal: Telefone: (95) 3224-1632 E-mail: NILO@HOTMAIL.COM			
Discriminação do(s) Serviço(s)			
RADIOGRAFIA ORTODONTICA			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.02 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiol Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8640205 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia			
Valor do(s) Serviço(s)	Valor Dedução	Desconto Incondicionado	Base de Cálculo ISS
99,00	0,00	0,00	99,00
Alíquota ISS (%)	Valor do ISS	Valor ISS Retido	Desconto Condicionado
0,00	0,00	0,00	0,00
Retenções Federais			
Imposto de Renda	PIS	COFINS	CSLL
0,00	0,00	0,00	0,00
INSS		Outras Retenções	
0,00		0,00	
Total		Total	
Total do(s) Serviço(s)		Total Líquido	
99,00		99,00	
Outras Informações			
*** DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL *** O prestador do(s) serviço(s) possui regime especial de tributação: Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME - EPP) Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 18,27 - (18,45%) - Fonte: IBPT			
Favor verificar a autenticidade deste documento fiscal no site https://boavista.santri.com.br			

 Prefeitura Municipal de Boa Vista Rua Coronel Pinto, 188 Centro - BOA VISTA - RR CEP: 69301-150 CNPJ: 05.943.030/0001-55		Nota Fiscal de Serviços Eletrônica Número da Nota 00006178 Data e Hora de Emissão 22/08/2018 07:03:49 Data do Fato Gerador 22/08/2018 Código de Verificação AGAKANGV-GXAJIT	
Dados do(s) Serviço(s)			
Exigibilidade do ISS / Natureza da Operação Exigível	Local da Prestação BOA VISTA/RR - BRASIL	Local da Incidência BOA VISTA/RR	
Prestador do(s) Serviço(s)			
	Nome/Razão Social: WANDERLEY, MESQUITA & FERREIRA LTDA Nome Fantasia: Endereço: RUA MELVIM JONES, 126 SAO PEDRO BOA VISTA - RR CEP: 69306-610 CPF/CNPJ: 00.331.474/0001-16 Insc. Municipal: 0152218 Telefone: (95) 3621-8560 E-mail: hmulher.rr@hotmail.com		
Tomador do(s) Serviço(s)			
Nome/Razão Social: NILO DE MELO CABRAL Nome Fantasia: Endereço: RUA SOROCAIMA, 16 SAO VICENTE BOA VISTA - RR CEP: 69303-400 CPF/CNPJ: 017.723.252-87 Insc. Municipal: Telefone: (95) 3224-1632 E-mail: NILO@HOTMAIL.COM			
Discriminação do(s) Serviço(s)			
EXAMES LABORATORIAIS REALIZADOS NO MESMO			
Classificação do Serviço (LEI 116/2003) 04.03 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE 2.1) 8640202 - Laboratórios clínicos			
Valor do(s) Serviço(s) 530,00	Valor Dedução 0,00	Desconto Incondicionado 0,00	Base de Cálculo ISS 530,00
Alíquota ISS (%) 5,00	Valor do ISS 26,50	Valor ISS Retido 0,00	Desconto Condicionado 0,00
Retenções Federais			
Imposto de Renda 0,00	PIS 0,00	COFINS 0,00	CSLL 0,00
INSS 0,00		Outras Retenções 0,00	
Total do(s) Serviço(s) 530,00		Total Líquido 530,00	
Outras Informações			
Valor aproximado dos tributos com base na Lei 12.741/2012 - R\$ 97,79 - (18,45%) - Fonte: IBPT			

PMRR - BPM

RELATÓRIO DE Ocorrência Policial SÉRIE J

078346

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/ini	CH/h	H/Fin
618	24 CIA	07.09.16	21	13:20	13:20	13:25	15:20
Cód. Oc	Cód. Prov	Cód. Ser. Prest.	Km/ini	Km/Fin			
1001-1003	13006-13999	13009	6321	6341			

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av/Rua: Vias das Flores 1 - J. dos Bandeirantes Bairro: Barritus (SENAFARO)

PESSOAS RELACIONADAS

1. ENVOLVIDO Nome: KOZMEIRY DE SOUZA COSTA Idade: 40 ANOS E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA LUIZ RIBEIRO RESERVA NATURAL, AP. 205, BLOCO A-2, IC. SATELITE
Ed. RG: 124048 RR CNH: Profissão:

2. ENVOLVIDO Nome: NILDO DE MELO CABRAL Idade: 66 ANOS E. Civil: CASADO
Endereço: RUA JOROCAIMA, Nº 16, 3º ANDAR, VICENTE
Ed. RG: 18663 RR CNH: 06792168009 Profissão: FUNC. PUBLICO

3. ENVOLVIDO Nome: Diego Lima Cabral Idade: 31 ANOS E. Civil: SOLTEIRO
Endereço: RUA JOROCAIMA, Nº 16, 3º ANDAR, VICENTE
Ed. RG: 175560 RR CNH: 07540941561 Profissão: TECNOLOGIA

4. ENVOLVIDO Nome: Idade: 27 ANOS E. Civil:
Endereço: CNH: Profissão:

5. ENVOLVIDO Nome: Idade: E. Civil:
Endereço: CNH: Profissão:

6. ENVOLVIDO Nome: Idade: E. Civil:
Endereço: CNH: Profissão:

ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS, APREENDIDOS

2 ANOS MATERIAIS NOS VEICULOS ENVOLVIDOS CONFORME O LAUDO PERICIAL E PDI.

DESPÓSITO PROCEDEMENTO ADMINISTRATIVO (AUTO DE INFRAÇÃO E O VEICULO NÃO FOI REMOVIDO POR FALTA DE ESPAÇO FÍSICO (PATIO) E ENFERMEIRO SENIOR RICARDO VERES FREITAS DE OLIVEIRA CNH Nº 03854513966 E AMOTO ALVES DA SILVA (2) CONDUTIA FOMENEGUE AO

RECEBI CONDUIZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADOS ITEM (3) OTIM (2) ENCONTRA SE NO PSE EM

OBSERVAÇÕES E CIRCUNSTÂNCIAS

ASSINATURA: CARGO: CPC LOCAL: CE

Senhor Delegado do 15º DP/INFORMO VOS QUE FOMOS ACIONADO(V)OS PARA VERIFICAR UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, OQNI E NO LOCAL FOI CONSTATADO A ITEM (1) CONDUIZIA O VEICULO VW GOL CINZA PLACA NAK 0697, SENTIDO BAIRRO ANTARES VERDE E A ITEM (2) CONDUIZIA A MOTOCICLETA HONDA 125 VERMELHA PLACA NAY 6040 SENTIDO CENTRO BAIRRO E NO CRUZAMENTO (SENAFARO) ACONTECEU A COLISÃO, OQNI E A ITEM (2) FOI CONDUIZIDO PELO SAMU AO PSE COM ESCORRÕES DEVE NOS JOELHOS, E A PERICIA FOI ACIONADA PARA AVALIAR E A EQUIPE DO PERITO CECILIA GONCALVES ESTIVERAM NO LOCAL E A ITEM (1) NÃO APRESENTOU A CNH, SEGUNDO INFORMOU QUE A REFERIDA CNH ENCONTRA-SE COM A VALIDADE VENCIDA APRESENTANDO A ITEM (1) PARA PROVIDÊNCIAS CABIVEIS.

Para esclarecer dúvidas sobre seu pagamento, procure imediatamente sua unidade pagadora.



COMPROVANTE DE RENDIMENTOS - FOLHA NORMAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA

SIGLA DA UPAG DARH		UF RR	REG. JURÍDICO EST	SITUAÇÃO FUNCIONAL APOSENTADO	SIGLA DA UORG DARH	UF RR
NOME DO SERVIDOR NILO DE MELO CABRAL			MAT. SIAPE 388130		IDENT. ÚNICA 3881301	
CARGO/EMPREGO PINTOR-AREA			CLASSE B	REF/PADRAO/NIVEL 416	FUNÇÃO	
DEPENDENTE S.F. 00	DEPENDENTE IR 00		A.T.S.(%) 11	CPF 01772325287	MÊS/ANO PAGAMENTO JAN 2019	
CONTA PARA RECEBIMENTO DE SALÁRIO				CONTA PARA OUTRAS OPERAÇÕES		
BANCO 001	AGÊNCIA 00250X	CONTA SALÁRIO 0000000355100		BANCO 001	AGÊNCIA 00250X	CONTA 0000000355100
FUNDAMENTO LEGAL						
PARÂMETROS PARA PAGAMENTO DE APOSENTADORIA				GRUPO	CARGO	CLASSE

TIPO	DISCRIMINAÇÃO	PRAZO	VALOR
RENDIMENTOS	PROVENTO BÁSICO		3.198,43
	ANUENIO-ART.244,LEI 8112/90 AP		351,82
	IQ-INCENT. QUALIFICAÇÃO 10% AP		319,84
DESCONTOS	EMPREST BCO OFICIAL - CEF	032	323,50
	PREMIO SEGURO VIDA - AMERICAN		21,58

Eduque-se financeiramente: Portal do Servidor/Gestão de Pessoas/Capacitação/Educação Financeira.

BASE CÁLCULO DO TETO 0,00	DEPÓSITO FGTS 0,00	BRUTO 3.870,09	DESCONTO 345,08
BASE CÁLCULO DO I.R.	MARGEM CONSIGNÁVEL 70% 2.363,98	MARGEM CONSIGNÁVEL 30% 815,94	MARGEM CONSIGNÁVEL 5% 193,50
			LÍQUIDO 3.525,01

Autenticação Nº A9D7.2650.AE52.5F9D.B87A.DE6C

Data de emissão: 24/01/2019 20:31:15

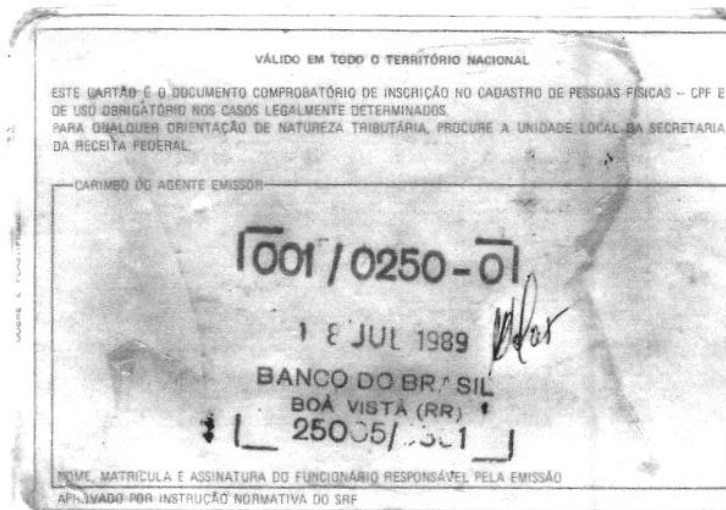
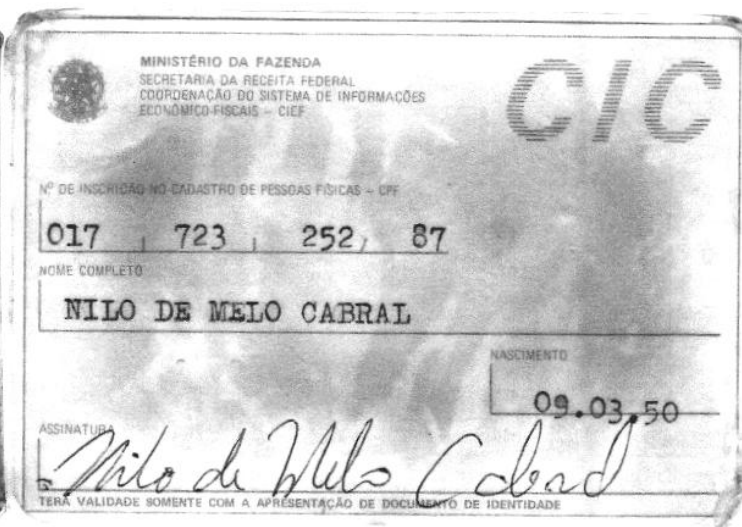
Este contra-cheque foi impresso pelo Sigepe, de acordo com a Portaria SRH/MP Nº 1.825, de 19/09/2007, tendo fé pública em todo território nacional. Vale como original. Para conferir a autenticidade acessar servicosdoservidor.planjamento.gov.br serviço Autenticação de Documentos.

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão

Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público - SEGRT
servicosdoservidor.planjamento.gov.br

SERPRO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 011265963775		DETRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 011265963775	
VIA 01 00119150220	QDO. RENAVAM 00119150220	RALTIRO C. 2015	EXERCICIO 2015
NOME NILA DE MELO CABRAL		NOME NILA DE MELO CABRAL	
BOA VISTA		BOA VISTA	
01722325287 PLACA ANT/VF RR 08125BR2139593	CPF/CNPJ 01722325287	PLACA MAJ6640	CHASSI 08125BR2139593
FAS/MOTOCICLETA M60 APL 125		COMBUSTIVEL GASOLINA	
HONDA/ML 125	MARCA / MODELO HONDA/ML 125	ANO FAB 1984	ANO MOD 1984
CAP / POT / GL 1P/0125CC/	CATEGORIA PARTICU	DOB PREBOMINANTE VERMELHA	
1 1P 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	1 1 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
2 2 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	3 3 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
3 3 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	4 4 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
5 5 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	6 6 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
7 7 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	8 8 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
9 9 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	10 10 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
11 11 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	12 12 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
13 13 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	14 14 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
15 15 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	16 16 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
17 17 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	18 18 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
19 19 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	20 20 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
21 21 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	22 22 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
23 23 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	24 24 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
25 25 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	26 26 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
27 27 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	28 28 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
29 29 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	30 30 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
31 31 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	32 32 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
33 33 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	34 34 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
35 35 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	36 36 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
37 37 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	38 38 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
39 39 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	40 40 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
41 41 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	42 42 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
43 43 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	44 44 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
45 45 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	46 46 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
47 47 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	48 48 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****
49 49 15121011 DE 10 ANOS	VENC. COTA UNICA *****	50 50 151	



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA		 ATENDIMENTO CAER 0800 280 9520 www.caer.com.br	
CNPJ: 05.939.467/0001-15 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4 RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610		Matrícula: 40274	Setembro/2016
Cliente: JOCELIA DE LIMA CABRAL		Endereço do Imóvel: RUA SOROCAIMA 16 - SAO VICENTE BOA VISTA RR 69303-400	
Inscrição 001.003.083.0315.000	Rota 19	Seq.Rota 2235	Economias RESIDENCIAL 1
Hidrometro Y125515963	Data de Instalação 10/01/2013	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT. 1510		1545	35
LEITURA INF.			32
DT. LEITURA 11/08/2016 12/09/2016			
ULTIMOS CONSUMOS			
201608	30-0	Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor	
201607	28-0	Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição	
201606	30-0	DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M	
201605	30-0	AMOSTRAS	CLORO
201604	42-0	EXIGIDAS	TURBIDEZ
201603	41-0	ANALISADAS	COR
MEDIA	33	CONFORMES	C.TOTAIS
DESCRICAO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE AGUA		35 M3	93,56
ESGOTO		80.0 % DO VALOR DE AGUA	74,85
VENCIMENTO: 15/10/2016		TOTAL A PAGAR 168,41	

QUANDO VOCE VENDE SEU VOTO,
TODOS NÓS PAGAMOS O PREÇO.
VOTE CONSCIENTE.



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
40274	09/2016	15/10/2016	168,41

82670000001- 9 68410004001- 4 00004027401- 1 09201650003- 2



IMPRESSO EM: 12/09/2016 08:35:57

Via do Cliente

Via do CAER