



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, TIAGO SILVA LEAL PROFISSÃO: AGRICULTOR
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, FONE: 991342031, 991660289, 99151425
E-MAIL: tiago_leal07@hotmail.com RG: 037202542008
SSP: _____ e CPF: 604.262.873-98, RESIDENTE À
RUA: VICINAL 36, KM 04, LOTE 09 N° 51N,

BAIRRO: BORRINHOPOLIS pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 14 de 02 de 2019.

TIAGO SILVA LEAL

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: TIAGO SILVA LEAL
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: AGRICULTOR
RG N° 037702542008 SSP/ RR CPF: 604.262.873-98
ENDEREÇO: VICINAL 36, KM 04, LOTE 09 S/N
KORATNÓPOLIS

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 14 de 02 de 2019.

x Tiago Silva Leal

TRABALHADOR	MINISTÉRIO DO TRABALHO
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, 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 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. 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. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. 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. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL TRABALHO: HTTP://TRABALHO.GOV.BR	SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 166.2360146-6 NÚMERO: 2254541 SERIE: 0060 UF: RR <u>TIAGO SILVA LEAL</u> ASSINATURA DO TITULAR  

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE
TIAGO SILVA LEAL FILIAÇÃO: GRACIEIDE CARVALHO SILVA LEAL NASCIMENTO: 07/03/1987 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO NATURALIDADE: AMARANTE DO MARANHÃO - MA DOCUMENTO: RG - 037702542008 - T2082008 - SESP - RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF: 604.262.873-98 TIT. ELEITOR: LOCAL DE EMISSÃO: AARR - RORAINÓPOLIS DATA DE EMISSÃO: 31/07/2018 ZONA: CNH: ... SEÇÃO: <i>Magno / alla - Leal</i> MACIO, ALLON DELLA FLORA Secretário Regional do Trabalho e Emprego-RR ASSINATURA DO EMISSOR	ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE FILIAÇÃO: _____ DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____ DOCUMENTO: _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME: _____ DOCUMENTO: _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR NOME: _____ DOCUMENTO: _____ MOTIVO: _____ ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR LEGENDA A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA 03



**ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS**

BOLETIM DE Ocorrência: 851/18
ATENDENTE: JACY C. CAVALCANTE

DATA: 28/04/2018
DELEGADO(A) TITULAR: CID GUIMARÃES

HORA: 16:29
CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 28/04/2018
LOCAL: BR-174 (AUTO-POSTO CARRETEIRO), RORAINÓPOLIS-RR
ROP/PM 2018258

HORA: 11:28

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: GUARNIÇÃO DA POLÍCIA MILITAR DE RORAINÓPOLIS

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 1

NOME: FERNANDO WAGNER RODRIGUES DA SILVA
RG: 20849850 AM
CPF: NÃO PORTAVA
DATA DE NASCIMENTO: PJ
IDADE: 31 ANOS
SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
CIDADE: PJ
UF: PJ
PAI: PJ
MÃE: PJ
GRAU DE ESCOLARIDADE: PJ
ENDEREÇO: RUA: PAPAGAIO, S/N, PARQUE AMAZÔNIA, RORAINÓPOLIS-RR
REFERÊNCIA
TELEFONE

DADOS DO CONDUTOR DO VEÍCULO 2

NOME: TIAGO SILVA LEAL
RG: 0377025420028
CPF: NÃO PORTAVA
DATA DE NASCIMENTO: PJ
IDADE: 31 ANOS
SEXO: MASCULINO
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
CIDADE: PJ
UF: PJ
PAI: PJ
MÃE: PJ
GRAU DE ESCOLARIDADE: PJ
ENDEREÇO: AV. BRASIL (BAR 3 IRMÃOS), S/N, ANDARAÍ, RORAINÓPOLIS-RR
REFERÊNCIA
TELEFONE

CÓDIGO
1001

INFRAÇÃO
TRÂNSITO

DESCRIÇÃO

ACID. TRÂNS. COM VÍTIMA COM LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, compareceu nesta delegacia uma guarnição da Polícia Militar e nos apresentou o relatório **ROP/PM 2018258**, onde foram acionados Via 190 para atender uma ocorrência de Acidente de Trânsito com Vítima de Lesão Corporal, que de imediato se deslocaram para o local e ao chegarem constataram a veracidade dos fatos, que no local segundo informações o Sr. FERNANDO WAGNER RODRIGUES DA SILVA, trafegava pela BR-174 SENTIDO RORAINÓPOLIS/MANAUS em seu veículo TOYOTA HILUX DE ANO 2005/2006, DE COR BRANCA DE PLACA JXO 7358 DE RORAINÓPOLIS/RR, quando o Sr. TIAGO SILVA LEAL estava conduzindo sua motocicleta HONDA CG 150 SPORT 2008, DE COR CINZA, DE PLACA NAW 9920 DE RORAINÓPOLIS-RR, em mesmo sentido de direção de FERNANDO, que ao realizar a conversão a esquerda FERNANDO com sua PICK-UP TOYOTA HILUX com a seta ligada segundo o mesmo, o Sr. TIAGO tentou fazer a ultrapassagem em faixa continua, momento em que houve a colisão, que em logo em seguida o TIAGO foi conduzido pelo SAMU depois de receber os primeiros socorros e levado para o Hospital local, que segundo os socorrista o mesmo tem suspeita de fratura no braço direito e com lesões pelo rosto, que segundo informações de populares, TIAGO estava conduzindo a referida motocicleta descrita acima em alta velocidade e deitado em cima da mesma, aparentando estar sob efeito de álcool ou outra substância, que FERNANDO permaneceu no local e prestou socorro após o acidente a TIAGO, que foi orientado pelos PMs a fazer B.O. Era o que tinha a comunicar.

AUTENTICAÇÃO

JACY C. CAVALCANTE
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Nos termos do art. 384, do CPC a presente
reprodução fotográfica é cópia fiel do Original

ROP / PM Nº 2018258
COMUNICANTE

Rorainópolis-RR, 11 de 06 de 18
DESPACHO

() Fato atípico, archive-se. () Intimar Comunicante () Ao S. I. para providências
() Intimar as partes () Aguardar audiência () Aguardar novos fatos ou representação
() Elabore-se art(s)
() Encaminhe para outra(s) providência(s): Bruno Pinheiro de Oliveira
Intimado para dia ____/____/____ as ____h Escrivão de Polícia Civil
Testemunhas: _____ Chefe de Cartório

DOCUMENTO ORIGINAL
21 SET. 2018

Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

https://www.rr.getran.com.br/sve/rota/consulta/local/consulta

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 448/2018/DAT ADITANDO O B.O 851/18 -
RORAINOPOLIS- RR, em 15/08/2018.**

COMUNICANTE: TIAGO SILVA LEAL

RG:037702542008 EXP.: SSP/RR CPF: 604262873-98

ENDEREÇO: VICINAL 36. KM 04, LOTE 9 BAIRRO: ZONA RURAL

MUNICÍPIO: RORAINOPOLIS - RR

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: AGRICULTOR

NATURALIDADE: AMARANTE DO MARANHÃO - MA

DATA DE NASCIMENTO: 07/03/1997 IDADE: 21 ANOS

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 991720054 Nº REG. CNH:

NOME DO PAI: DOMINGOS BORGES LEAL

NOME DA MÃE: GRACINEIDE CARVALHO SILVA LEAL

O comunicante informa que o horário correto em que ocorreu o acidente foi as 10:29 horas como esta descrito no ROP/PM 2018258. Informa ainda os dados completos do veículo envolvido no acidente. MOTOCICLETA HONDA CG 150, COR CINZA, placa NAW9920, CHASSI 9C2KC08608R035599, PROPRIETARIO; WILSON SILVA DOS SANTOS. É o registro.

NATUREZA DA Ocorrência: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

DAT

JORGE FERNANDO PAIVA FIGUEIREDO
AGENTE DE POLICIA
MAT: 42000787
CONFERIDOR

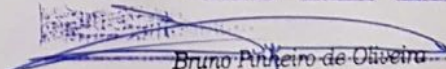
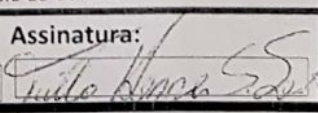
TIAGO SILVA LEAL
COMUNICANTE

"O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

**DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018**

Sistema SVE- CC

https://www.rj.getran.com.br/sve/roteiro/

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – ROP																														
PM	Nr ROP	2018258 80 851/18				RR																								
Data:	Unidade:	Localidade:	Vtr:	Km:	Kmf:	H Inicial:	H Final:	Cod Ocor:	Cod Prov:	Cod serv Prest:																				
28/04/2018	3ª CIPM	RORAINÓPOLIS	FT-02	16.177	16.180	10:29	11:28	1001	13999	14999																				
LOCAL DA OCORRÊNCIA																														
End: BR-174 (AUTO POSTO CARRETEIRO)			N: S/Nº	Bairro: RORAINÓPOLIS			Referência:																							
PESSOAS RELACIONADAS																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">CONDUTOR</td> <td style="width: 40%;">Nome: FERNANDO WAGNER RODRIGUES DA SILVA</td> <td style="width: 10%;">Idade: 31</td> <td style="width: 10%;">Estado Civil SOLTEIRO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Endereço RUA PAPAGAIO</td> <td>Nr: S/Nº</td> <td>Bairro: P. AMAZÔNIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cidade: RORAINÓPOLIS</td> <td>UF: RR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Profissão: COMERCIANTE</td> <td>RG: 20849850</td> <td>SSP: AM</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPF:</td> <td>CNH: 03531523920</td> <td>Cat: AD</td> </tr> </table>											CONDUTOR	Nome: FERNANDO WAGNER RODRIGUES DA SILVA	Idade: 31	Estado Civil SOLTEIRO	1	Endereço RUA PAPAGAIO	Nr: S/Nº	Bairro: P. AMAZÔNIA		Cidade: RORAINÓPOLIS	UF: RR			Profissão: COMERCIANTE	RG: 20849850	SSP: AM		CPF:	CNH: 03531523920	Cat: AD
CONDUTOR	Nome: FERNANDO WAGNER RODRIGUES DA SILVA	Idade: 31	Estado Civil SOLTEIRO																											
1	Endereço RUA PAPAGAIO	Nr: S/Nº	Bairro: P. AMAZÔNIA																											
	Cidade: RORAINÓPOLIS	UF: RR																												
	Profissão: COMERCIANTE	RG: 20849850	SSP: AM																											
	CPF:	CNH: 03531523920	Cat: AD																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">CONDUTOR</td> <td style="width: 40%;">Nome: TIAGO SILVA LEAL</td> <td style="width: 10%;">Idade: 31</td> <td style="width: 10%;">Estado Civil SOLTEIRO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Endereço AV. BRASIL (BAR 3 AMIGOS)</td> <td>Nr: S/Nº</td> <td>Bairro: ANDARAÍ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cidade: RORAINÓPOLIS</td> <td>UF: RR</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Profissão: GARÇOM</td> <td>RG: 0377025420028</td> <td>SSP: MA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPF:</td> <td>CNH: NÃO POSSUI</td> <td>Cat:</td> </tr> </table>											CONDUTOR	Nome: TIAGO SILVA LEAL	Idade: 31	Estado Civil SOLTEIRO	2	Endereço AV. BRASIL (BAR 3 AMIGOS)	Nr: S/Nº	Bairro: ANDARAÍ		Cidade: RORAINÓPOLIS	UF: RR			Profissão: GARÇOM	RG: 0377025420028	SSP: MA		CPF:	CNH: NÃO POSSUI	Cat:
CONDUTOR	Nome: TIAGO SILVA LEAL	Idade: 31	Estado Civil SOLTEIRO																											
2	Endereço AV. BRASIL (BAR 3 AMIGOS)	Nr: S/Nº	Bairro: ANDARAÍ																											
	Cidade: RORAINÓPOLIS	UF: RR																												
	Profissão: GARÇOM	RG: 0377025420028	SSP: MA																											
	CPF:	CNH: NÃO POSSUI	Cat:																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">3</td> <td>Nome:</td> <td>Idade:</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Endereço:</td> <td>Nr:</td> <td>Bairro:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cidade:</td> <td>UF:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Profissão:</td> <td>RG:</td> <td>SSP:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPF:</td> <td>CNH:</td> <td>Cat:</td> </tr> </table>											3	Nome:	Idade:	Estado Civil		Endereço:	Nr:	Bairro:		Cidade:	UF:			Profissão:	RG:	SSP:		CPF:	CNH:	Cat:
3	Nome:	Idade:	Estado Civil																											
	Endereço:	Nr:	Bairro:																											
	Cidade:	UF:																												
	Profissão:	RG:	SSP:																											
	CPF:	CNH:	Cat:																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">4</td> <td>Nome:</td> <td>Idade:</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Endereço:</td> <td>Nr:</td> <td>Bairro:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cidade:</td> <td>UF:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Profissão:</td> <td>RG:</td> <td>SSP:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPF:</td> <td>CNH:</td> <td>Cat:</td> </tr> </table>											4	Nome:	Idade:	Estado Civil		Endereço:	Nr:	Bairro:		Cidade:	UF:			Profissão:	RG:	SSP:		CPF:	CNH:	Cat:
4	Nome:	Idade:	Estado Civil																											
	Endereço:	Nr:	Bairro:																											
	Cidade:	UF:																												
	Profissão:	RG:	SSP:																											
	CPF:	CNH:	Cat:																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">5</td> <td>Nome:</td> <td>Idade:</td> <td>Estado Civil</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Endereço:</td> <td>Nr:</td> <td>Bairro:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Cidade:</td> <td>UF:</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Profissão:</td> <td>RG:</td> <td>SSP:</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CPF:</td> <td>CNH:</td> <td>Cat:</td> </tr> </table>											5	Nome:	Idade:	Estado Civil		Endereço:	Nr:	Bairro:		Cidade:	UF:			Profissão:	RG:	SSP:		CPF:	CNH:	Cat:
5	Nome:	Idade:	Estado Civil																											
	Endereço:	Nr:	Bairro:																											
	Cidade:	UF:																												
	Profissão:	RG:	SSP:																											
	CPF:	CNH:	Cat:																											
ARMAS, OBJETOS E VALORES RELACIONADOS:																														
NADA A SER RELACIONADO.																														
HISTÓRICO:																														
Senhor(a) Delegado(a), enquanto em policiamento ostensivo de rotina fomos acionados via 190 para atendermos uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima lesão corporal, de imediato deslocamos para o local onde constatamos a veracidade do fato, no local segundo informação do condutor 01 trafegava na BR-174 sentido Rorainópolis/Manaus em seu veículo TOYOTA HILUX 2005/2006 BRANCA JXO7358 RORAINÓPOLIS, quando o condutor 02 em sua motocicleta HONDA CG 150 SPORT 2008 CINZA NAW9920 RORAINÓPOLIS em mesmo sentido, quando o condutor 01 ao realizar a conversão a esquerda com a seta ligada o condutor 02 tentou realizar a ultrapassagem em faixa continua, momento em que houve a colisão, o condutor foi conduzido pelo SAMU até o hospital de Rorainópolis provavelmente com o braço direito quebrado e lesões no rosto, segundo informação do condutor 01 e de algumas pessoas que estavam no local o condutor 02 estava em alta velocidade e deitado na motocicleta, o condutor 02 aparentemente estava sob efeito de álcool ou outra substância. O condutor 01 permaneceu no local e prestou socorro após o acidente, foi orientado a registrar boletim de ocorrência. Apresento este relatório para que sejam tomadas as medidas cabíveis.																														
AUTENTICAÇÃO Nos termos do art. 384, do CPC a presente reprodução fotográfica é cópia fiel do Original. Rorainópolis-RR, 11 de 06 de 18  Bruno Pinheiro de Oliveira Escritório de Polícia Civil Chefe de Cartório																														
RELATOR																														
Posto/Grad: Nome Completo:			Matrícula:		Lotação		Assinatura:																							
1º SGT PM TÚLLIO HENNER SANTANA SANTOS			47000208		3ª CIPMFRON																									
RECEBIMENTO																														
Data:		Hora:		Nome Completo:		Matrícula:		Função:		Assinatura																				
28/04/2018		15:55		[Signature]		47000208		[Signature]		[Signature]																				

192.168.000.102

Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

<https://www.rr.getran.com.br/sve/frota/consulta/local/consulta-local.jsp>

Consulta de Veiculos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAW9920

Situação: 1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAW9920 Chassi: 9C2KC08608R035599 Renavam: 00117081884 Remarcado(S/N): N
Município: 00036-RORAINOPOLIS Marca/Mod: 002812-HONDA/CG 150 SPORT
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2008 / 2008
Cor: 05-CINZA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149
Carroceria: 999-NAO APLIC N° Motor: KC08E68035599 N° Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 09/05/2018 Taxi: NAO
Ano Último CRLV Emitido: 2017 Ano Último Licenciamento: 2017 - Autorizado em 13/12/2017
Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO
Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: WILSON SILVA DOS SANTOS CPF/CNPJ: 011.136.482-52
Endereço: VICINAL 10 LOTE 14 KM 04 N°: SN Bairro: ZONA RURAL
Complemento: CASA Cidade: RORAINOPOLIS Cep: 69373000
Data Aquisição 0km: 17/12/2008 Valor 0km: 8556,00
Data Transferência: 11/10/2012 Valor: 4300,00 N° Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: MARCOS DIONES TEIXEIRA DA CONCEICAO CPF/CNPJ: 797.125.682-53
Endereço Anterior: RORAINOPOLIS UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 23/08/2017 N° CRV: ***** Data CRLV: 17/07/2017 N° CRLV: 012322358470

RESTRIÇÕES

11-COMUNICACAO DE
VENDA

Observações: PROIB SAIR DA AMAZ OCID N° Restrição:
Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: TIAGO SILVA LEAL

Identidade: 037702542009-8 SSP/RR **DATA DE EXPEDIÇÃO:** 12/08/2009 **CPF:** 604.262.873-98

Naturalidade: AMARANTE DO MARANHÃO/RR **Nacionalidade:** BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO **Profissão:** AUTÔNOMO

Endereço: RUA ALMERINDO SANTOS, 1915 – BURITIS / CEP: 69.309-190

OUTORGADO:

Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Nacionalidade: BRASILEIRA **Estado Civil:** CASADA

Profissão: FUNCIONÁRIA PÚBLICA **Identidade:** 80232 SSP/RR **CPF:** 294.316.382-15

Endereço: RUA JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA, 359 - CARANÃ

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar enviar e/ou requerer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de requerer a indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT para a vítima: TIAGO SILVA LEAL.

Boa Vista-RR, 15 de junho de 2018.

TIAGO SILVA LEAL

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

CARTÓRIO tabporalopolis@gmail.com 55 95 3238 2068
DE NOTAS, PROTESTOS E REGISTRO CIVIL Av. Dr.ª Yandara, 141 | Centro | Rorainópolis | RR | Cep. 69.373.000

RECONHECIMENTO
Reconheço a assinatura por AUTÊNTICA de: (4) TIAGO SILVA LEAL
Rorainópolis, 02 de agosto de 2018. Emolumentos: R\$ 2,98 + selo:
R\$ 0,00 – Total: R\$ 2,98

LUANA SOUSA DO NASCIMENTO - Escrevente Autorizada

- VÁLIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS -



Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0085601-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 601 - 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 RR/13

Nº da Nota Fiscal: 000470841

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	06/05/2018	195	133,24

JOSE AIRTON DE AGUIAR
R. ALMERINDO SANTOS 1915 2 BUK
CEP: 00037052284391
CEP: 69.309-190 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	37	Atual:	
Anterior:	7778	Anterior:	
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	
Consumo Medido:	195	Emissão:	
Consumo Faturado:	195	Aprovação:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	B1	14LDB00781N	1519847		

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/18 201	CONSUMO 195 A R\$ 0,570386
JAN/18 279	ILUMINACAO PUBLICA
DEZ/17 120	
NOV/17 0	
OUT/17 10	
SET/17 101	
AGO/17 199	
JUL/17 105	
JUN/17 114	
MAI/17 239	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 195 - 0,456770	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 22/03/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9B42.7EED.963D.835B.BE36.36F2.5392.EBE3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,42	Base de Cálculo:	111,22		
Energia:	53,44	Alíquota ICMS:	17,00%		
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	18,90		
Encargos:	2,22	Valor do PIS:	0,61		
Tributos:	22,14	Valor do COFINS:	2,63		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	D/C			P/C			DM/C		DM/P	
	Mês/ano	Trimestre	Anual	Mês/ano	Trimestre	Anual	Mês/ano	Trimestre	Mês/ano	
Continuidade	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Qualidade	0,00			0,00				0,00		

Comprovante de pagamento: 01/2018 - R\$ 0,00

ROT: 5.001.12.04.005309



Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO
0085601-0

TOTAL A PAGAR - R\$
133,24

MÊS FATURADO
03/2018

VENCIMENTO
06/05/2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 000470841 FCM

83620000001 3 33240075000 3 000000000085 1 60100318008 5

21 SET. 2018

Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 11/06/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AB DATA | EXTRATO DE FOUFANC/ PAG: 003

AG: 3905 RAIAR DO SOL OPER: 013 CONTA: 6.532-3
PERIODO: 22052018 ATE: 11062018 CPF: 604.262.873-98
NOME: TIAGO SIVA LEAL VLR.BLQ.JUD: 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
06/06/2018	000000	REM BASICA	0,000000000	0,00 C	7,26 C
06/06/2018	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,03 C	7,29 C

F1 AJUDA F4 SALDO EM 08/06/2018 R\$ 7,29 C
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F7 VOLTAR PAG. H4A34435
F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAI

Date: 11/06/2018 Time: 10:29:18

DECLARACAO DE PREVENCAO A LAVAGEM DE DINHEIRO

7481

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRO DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
SAMU 192 / RORAIMA

Unidade: FICHA DE ATENDIMENTO
Equipe: Condt. Roseline. Tr. 4ª vez

Paciente: Jaco Silva Dal
Endereço: BR 174 - próximo a Pólo Cantão
Idade: 17 a - Sexo: m.

Ponto de referência:

CHAMADA Nº DATA 28/09/2018 HORA DO ACIONAMENTO: 10:32
Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: A. Silva HORA CHEGADA NA UNIDADE: 10:35

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA:

AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA	OUTROS
☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Víma projetada ☐ Víma encarcerada ☐ Air Bag ☒ MOTO/BICICLETA ☒ Acidente com moto X Camião ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:

VIAS AÉREAS Ventilação Circulação Aval. Neurológica

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Eupneico	☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente (Assistolia)	☐ AVDN ☐ DN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocor ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 10:35	14 x 12	85		98					
Fim 11:15	13 x 90			99					

AVILIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☒ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração

Pelve Coluna Dorsal Membros

PELVE	COLUNA DORSAL	MEMBROS
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☒ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações

AVILIAÇÃO CARDÍACA AFEÇÃO CLÍNICA HISTÓRIA PEGRESSA

AVILIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular Outros	☐ Digestiva ☐ Infecciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Aborto ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso ☐ Alergias ☐ Outros

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☒ PEQUENA ☐ MORTA ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

☐ CANCELAMENTO ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Tróle ☐ Bombeiro no local:	☒ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:
--	--

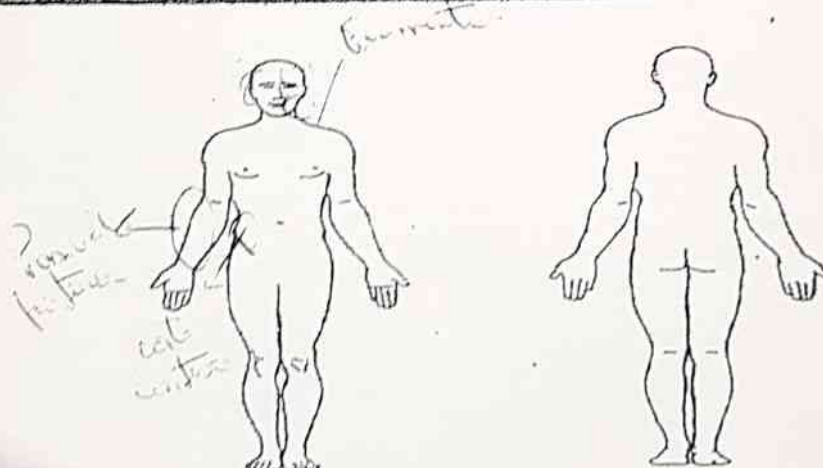
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Dr. Dimião Weber Zabolotski
Médico
Dir. Clínica da HRSOGSP
PRM 1218-RR
21 SET. 2018

Obs: ☐ Iniciada as:
☐ Término as:
☐ RCP com sucesso
☐ RCP sem sucesso
☐ Atendido no local

Possível fratura no coxo D.
cont. contusão no região Péua Lado m.

ESCALA DE COMA DE GLASSOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura de Olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		> 36	2
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		01 - 09	1
			0		0	0
Resposta Verbal	Orientado	Choro irritado	4	Frequência Respiratória (mov / min)	> 50	4
	Confuso	Choro e dor	3		70 - 89	3
	Palavras inapropriadas	Gemido e dor	2		50 - 69	2
	Sons ou gemidos	Nenhuma	1		01 - 49	1
	Nenhuma		0		0	0
Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	14 = 15	5
	Localiza a dor	Retira do toque	5		11 = 13	4
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 = 10	3
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 = 7	2
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 = 4	1
	Nenhuma	Nenhuma	1			



11/12/14
 21 SET 2018

21 SET. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO CNPJ: 05.370.016/0001-00	
GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA	
01 DADOS DO(A) PACIENTE:	DATA DE ATENDIMENTO
Nome Completo: tiago silva leal	DIA: 28 MÊS: 04 ANO: 2018 HORA: 10::58
DATA NASC: 07/03/2000 Idade: 17 Documento de Identificação: 0377025420098 C.P.F.:	SEXO: M / F () Outros: ()
Estado Civil: Profissão: Naturalidade: Cor e Raça: 03 NACIONALIDADE: Etnia:	Cartão do SUS (CNS):
Logradouro e N°: Rua: São Luis Bairro: Andaraí CEP: 69373-00 Município: UF: RR Telefone: ()	
FILIAÇÃO: PAI: Womíngos Borges leal MÃE: Guaciterede Sousa	
02 DO ACIDENTE:	
☐ RESIDÊNCIA ☐ VIA PÚBLICA ☐ TRABALHO	
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:	
☐ TRANSPORTADO ☐ DE AMBULÂNCIA ☐ REMOVIDO	
Outros (descrever):	
TEMP: PESO / Kg:	05 SE ACIDENTE DE TRABALHO OU A CAMINHO, ESPECIFICAR:
	PROFISSÃO:
DIA MÊS ANO HORA	OBSERVAÇÕES
07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:	
ESPECIALIDADE:	
RESUMO CLÍNICO: Queixa de um trauma, etilizado, ferimento na face direita, suspeito de fratura do osso da mandíbula.	
EXAME FÍSICO:	
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):	
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):	
DIAGNÓSTICO: helic. el. lico	
PROVAVEL: Trauma DEFINITIVO: ref. ao d. c. c. 1/14	
08 DO(A) PACIENTE:	
REMOVIDO(A) PARA: ferimento + curativo	
INTERNADO NO(A): Dignidade 10/14	
DATA: DIA MÊS ANO	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE: Prof. G. Antopolita
CARIMBO E ASSINATURA: Dr. Dimião Weber Zabolotski, Médico, Dir. Clínico do HRSOSP, CRM 1219-RR	

ALTA - 03-05-2018
DR. GUSTAVO

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

Dr. Dimião Weber Zabolotski
Médico
Dir. Clínico do HRSOSP
CRM 1219-RR

hábito ebulico
q, todo pouco
cooperativo, dificuldade
exame físico, relato
de uso de cocaína SIC.

first punishment. radic
original do interve
em reme 2 ed

do lido RX met
prelascavolo?
contato?

do centro arg.



Confere
com original

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ASSISTÊNCIA - MÉDICA - SANITÁRIA

N° REG.

Sexo: M () F ()

None

Enderecni

Bairro:

Fillet and Pac

1432

Data de Nascimento:

Naturalidade

Est. Civil:

INSTITUTO: INPS () FUNRURAL ()

SS ()

Appendix

[illegible]

ASSISTÊNCIA - MÉDICA - SANITÁRIA

[illegible]

Tiago Silva

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RE

Confere
com original

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

28
04
18.

- ① Dieta leve por diarreia pelo CC.
- ② SPO, 9 500g e 8/8h ^{Patina}
- ③ Dieta leve e 8/8h ^{Patina} 18.06
- ④ After surgery e 12/12h ^{Patina} 18.02
- ⑤ Transal 400g e 8/8h NT. Digepan 10mg @ 8/8h ^{Patina} 18.06
- ⑥ T. lcl 20g e 12/12h ^{Patina} 18.06
- ⑦ SSVVCCCE
- ⑧ melancia 500g e 8/8h NT.

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedista
CRM-RR 1256/GO 19570

HOR.	T	P	R	PA
14		78		16x70
18	36.5°	71	18	120x81
24	37.3	75	19	110/70
06	36.8	82	19	110/70
12	36.9°	76	20	16x70

Po melancia com melancia

e normal sangramento
no primeiro dia postop
de prostatectomia.

Tiago Silveira

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS RR

Confere
em original

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

29
04
18

- 1) D. lib. livre
- 2) JFO, 9000 - 8184 ^{Alcan}
- 3) D. pironal - 9144 ^{Alcan}
- 4) Tenoxica 20 - 12/122 ^{Alcan}
- 5) D. pironal - 10 - 8184 ^{NT}
- 6) melonidol 500 - 8184 ^{NT}
- 7) curd. 20 ^{Alcan}
- 8) SSVV + CCGG
- 9) af. 20 - 12/122

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedista
CRM-RR 12561GO-19570

	T.	P.	R.
12	36.9	78	20
18	37.3	76	19
24	37.3	60	20
06	37.3	68	20

Po. pret. exp. Fo. limps
reco. rem. simas. infecção. Rt. cont.
le. anetomico. Recente com rel. do
do uso de uso de substâncias alérgicas e porat. as.
melhora do estado de agitação. melhora
provisão de af. em manejo. por. controle



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR: QUARTO: LEITO: 17 Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE: *Diogo Silveira*

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO: OBSERVAÇÕES:

20
04
18

- 1) Dilt. livre
- 2) ceftriaxona 1g - 12/12h
- 3) melonidol 500mg - 8/12h
- 4) Diproano 2ml - 4/4h
- 5) curti-ec
- 6) T. lclcl 20g - 12/12h

Confere
com original
DOCUMENTO ORIGINAL
21 SET. 2018

Handwritten notes and signatures in the report section.

*NX controle sch/flexo Fo. limpc
e seco. sem sinais de infecção*

*Atenção: colocar TNA LUVA englobando
o polegar.*

hora	T.	P.	R.	PA
12	35,7	65	18	120x1
18	36	70	20	100x1
	35,8	60	20	110
	36,2	58	20	130x

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedista
CRM-RR 1256/GO-49570



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

SETOR:

QUARTO:

LEITO: 17

Nº REGISTRO:

NOME DO PACIENTE:

Tiago Salvo

PROFICIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA HORA:

PRESCRIÇÃO:

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 458
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

Confere
com original

14-22-06

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

Pe + BFC 2. PO
op a/m - 1.000.000
em m. tel.

Carlos Eduardo de C. B. Silva
Otopedista Trauma - Acupuntura
CRM - RR 589

12	36°	69	18	100x60
18	36°	67	19	110x90
18	36°	68	18	100x60
24	36.3	69	19	100x70
06	38	70	19	100x60

UNIDADE / SETOR
HRSGOSP / INTERNAÇÃO

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Drº

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HORÁRIO OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

Confere
com original

DATA/HORA PRESCRIÇÃO

01/05/18
① P. de L...
② S. de S...
③ M. de S...
④ P. de S...
⑤ L. de S...
⑥ T. de S...
⑦ P. de S...
⑧ C. de S...
⑨ C. de S...

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

SV

T.	0	2	4	6	8
02	36,5	75	20	Joca 70	
08	36,4	65	21	100x60	
14	36,4	69	20	110x60	
06	36,2	66	19	110x80	

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia Trauma - Acupuntura
CRM - RR 589

Ortopedia Trauma - Acupuntura
CRM - RR 589

Tiago. Silva L.T. 17

28

04

2018

15:40 - A Paciente deu entrada nessa
humidade vindo do trauma de mau
acompanhado pelos parentes o mesmo
sofreu acidente de moto chocou com carro
fratura no MSD. O mesmo ainda efeto o
anestésico após passar p/ procedimento r
c.c. // - tal fin

28

04

18

Paciente em repouso no leito, orientado, BB, apnéia, disp
neia, normotenso, mantendo AVP, realizando MPM, quando
do dor no MSD no local do ferimento, plantas sem alterações
rêrmas, segue aos cuidados de enfermagem - futura

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Confere
com original.

DOCUMENTO
ORIGINAL

21 SET. 2018

Tiago Silva

L=17

29/04 às 18:00hs - Paciente encontra-se no leito, tranquilo, consciente, deambulando, verbalizando, mantendo 18 AVP, medicado conforme prescrição médica, sem intercorrências e sem queixas, segue os cuidados da equipe de enfermagem. Eliane C

30/04 08:06hs Paciente masculino em repouso no leito, seguindo para a 3ª DIH, admitido neste setor por fratura do membro superior D, recebeu cirurgia de ortopedia no local fratura. Lucido, orientado, tranquilo, verbalizar do, deambula, aceita dieta oferecida pela unidade, funções fisiológicas nas puentes. normocorado, normocárdico, normopneico e normotenso. Trocado AVP. não houve intercorrências ou queixas algicas. Tec. Joss

07:00 Paciente Tiago Silva 21 anos encontra-se deambulando, normotenso, eufórico, afebril, normocárdico, orientado no tempo e espaço. Função fisiológica presente, AVP pérvio no M.S.E no antebraço. Realizado curativo oclusivo na região superior frontal direito, flanco direito, antebraço direito. Aprisionamento sangüinolento. Eliane Sin

30/04 14:30 hs. Paciente encontra-se no leito, calmo, orientado em tempo e espaço, deambulando, verbalizando, afebril, normotenso, normocárdico, eufórico, fra- Jura M SD, edema no olho D, injeção na região frontal, aceita dieta oferecida, diurese presente, ausência de evacuação, mantém acesso venoso M SE, pérvio alça em M SD. Segue aos cuidados da enfermagem. Jéssica S ENF

18:00 Paciente no leito não refere queixas, segue aos cuidados Tec. Sandra

30/04 - Paciente no leito tranquilo, consciente, verbalizando, deambulando, o mesmo apresenta edema no face (olho), refere algia no M SD (antebraço), segue em repouso. Jéssica

08:00 Paciente Tiago Silva 21 anos encontra-se deambulando, eufórico, afebril, normocárdico orientado no tempo e espaço, função fisiológica presente AVP, pérvio no M.S.E no antebraço. Realizado curativo oclusivo na região superior frontal do antebraço direito apresenta secreção sangüínea.

01/05/18.

18: Pac se encontra no leito lucido e consciente, aceita as dietas oferecidas não tem febre, foi administrado as medicações assim como está escrito. — Ana Franco —

06:00h Paciente tranquilo no leito.
sem incontinências. Pac. nítida.

02/05/18 12:15 Paciente no leito, consciente verbalizando, supine, tranquilo, apêndice, não refere queixa no momento, mantendo A.V.P. limpo, feito curativo e medicação conforme prescrição médica, aceitando bem dieta oferecida, higienizado, Tcc: 

15:00h paciente no leito verbalizando. Bom estado geral, orientado no tempo e espaço, normotensivo, supine, apêndice, normotenso, sem queixas, leito no uso, acesso no uso e perfusão, funções fisiológicas presentes, segue as cuidados da enfermagem — Adriana Sena.

02/05/18 Paciente no leito calmo, consciente não refere queixa no momento, mantendo A.V.P. aceitando bem a dieta oferecida. segue as cuidados da enfermagem. Tcc. Egito — 

19h Pac. não se encontra no leito — Ruty

20:05 Pac. continua fora do leito — Ruty

NO momento encontra-se no leito, tranquilo e sem incontinências — Ruty



Confere
com original

Seguradora
LID
Administradora



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/10/11

O.S. _____

Tiago Almeida

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: _____

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970

RELATÓRIO CIRÚRGICO

RORAINÓPOLIS

RR

Confere
com original

DOCUMENTO
ORIGINAL

21 SET. 2018

Dr. Gustavo Furtado
Ortopedista
CRM-RR 1256/GO 19570



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Tiago Silva 1001				28/04/18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Frotura Exposta de rádio		INÍCIO	FIM	TEMPO TOTAL
		12:00	14:00	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	D ^{ro} Gustavo		ANESTESISTA	D ^{ro} Rafael
1º AUXILIAR	D ^{ra} Alda		INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR			CIRCULANTE	Tec Aldaides

TIPO DE ANESTESIA		TEMPO DE DURAÇÃO		VALOR	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°		04	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	300ml
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %cc	
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°		03	PENTRANE Propofol 10mg	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
03	MONONYLON COM AGULHA N° 0			ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
24	UNIDADES DE GAZE pct			PROSTGM/NE	
06	PARES DE LUVAS N° 8,5			THIONEMBUT	
01	EQUIPOS PARA SORO			MARCAÍNA	
01	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
02	AGULHAS			MERTHIOLATE	
06	COMPRESSAS pct			MERCÚRIO CROMO	
01	LÂMINAS PARA BISTURI				
04	Atadura				
	SOMA			SOMA	

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
Br. 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
RORAINÓPOLIS - RR

Confere
com original

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS	FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO	TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE	



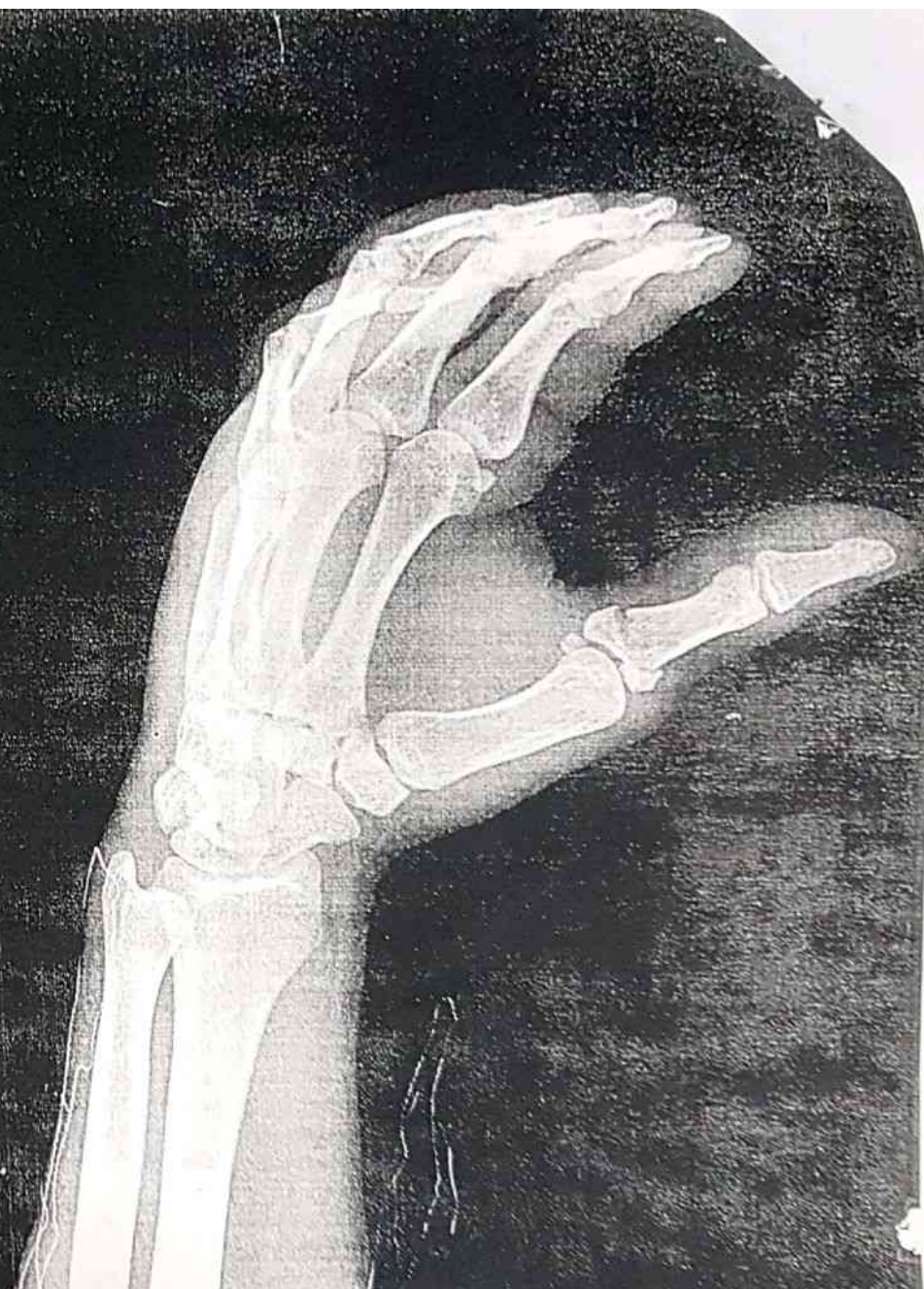






15:18:10
TIAGO SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
29/04/2018

34141
Masculino



15:18:10
07/03/1997
TR OLIVEIRA ERINALDO

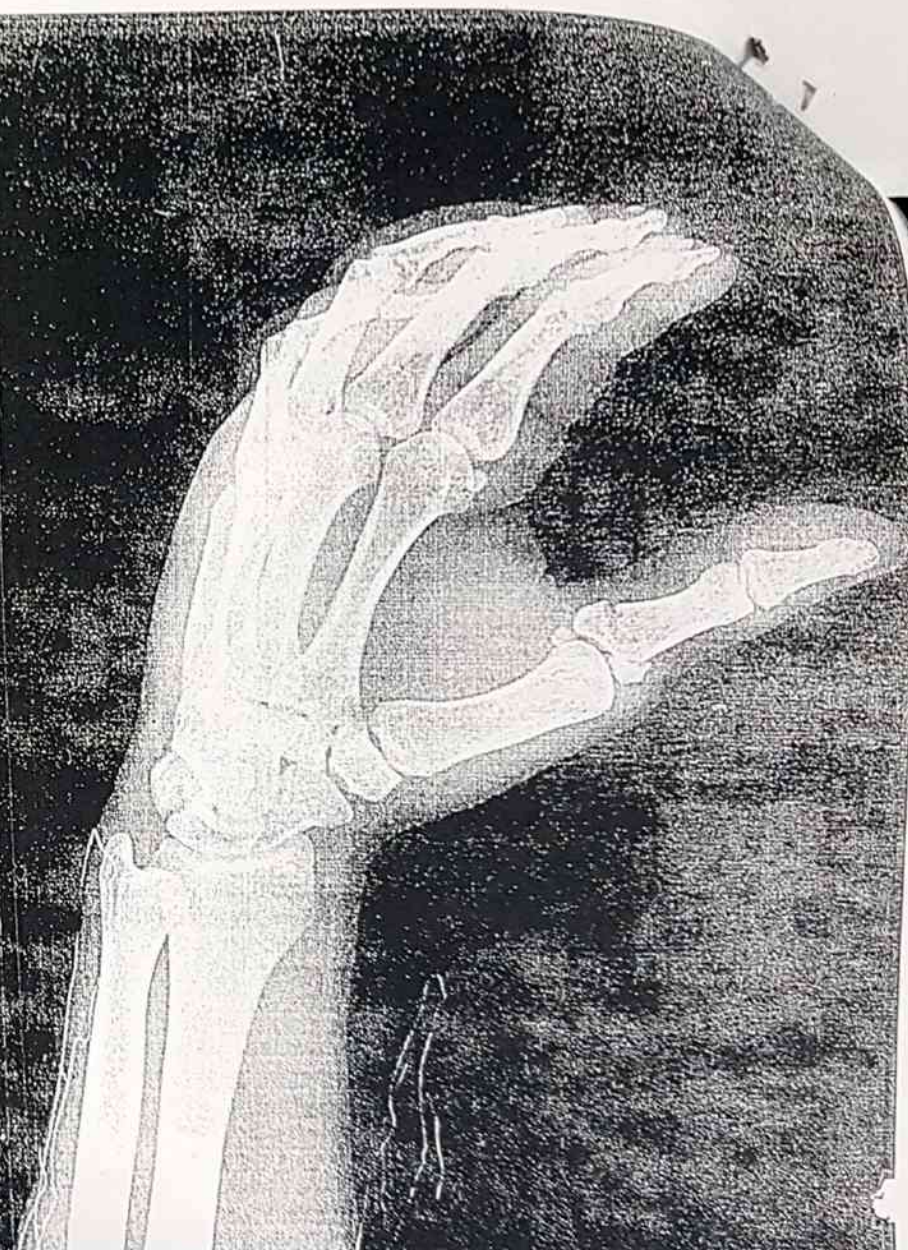


15.18.10

71,7 %

TIAGO SILVA
HOSPITAL REGIONAL SUL OTTOMAR DE SOUZA PINTO
29/04/2018

34141
Masculino



15.18.10

66,6 %

07/03/1997
TR OLIVEIRA ERINALDO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME _____

Helton Maciel

O parente, Traci Sob. Med., visto o
acidente de trânsito e lesões das pernas
do entalhe (1) sob trat. Curativo e plástica
e perfuração
Atuei com o paciente com o intuito de
ajudá-lo a dar o melhor aos esforços
que tem indicação de retirar plástica e perfuração
Hr: Fim da lesão do entalhe (1)
Paciente não consegue trabalhar, não
o futuro do meu FVSS.

Data:

08.08.2018

Assinatura e carimbo

HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
CNPJ: 05.370.016/0001-00
Rod. Br 174, nº 1500, Jardim Tropical, CEP 69.373-000 - Rorainópolis - Roraima - Brasil
Fone (0xx95) 3238-2362 E-mail: hospitaldosulrorainopolis@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luana Amorim de S. Lopes inscrito (a) no CPF/CNPJ 294.316.382 / 15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tiago Silva Leal inscrito
(a) no CPF sob o Nº 604.262.873 / 98, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Tiago Silva Leal, inscrito (a) no CPF sob o Nº 604.262.873 / 98, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua SO An Jacinto J S SILVA</u>		Número <u>359</u>	Complemento
Bairro <u>Caranã</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69.313-372</u>
Email <u>luanna.souza71@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(95)99116-8367</u>

Boa Vista, 21 de Setembro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

604.262.873-98

Nome completo da vítima

Tiago Silva Leal

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Tiago Silva Leal	CPF titular da conta	604.262.873-98	Profissão	Autônomo
Endereço	Rua Almerindo Santos	Número	1415	Complemento	
Bairro	Buritis	Cidade	Boa Vista	Estado	Pernambuco
Email	luanna_souza71@hotmail.com	CEP	69.309-190	Telefone (DDD)	(95) 99116-8367

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR☐ SEM RENDA☐ ATÉ R\$ 1.000,00☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ BRADESCO (237)☐ BANCO DO BRASIL (001)☐ ITAÚ (341)☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

3905

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

6.532

(Informar dígito se existir)

D/V

3

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 21 de Setembro de 2018

Loc&l e D&t&

* TIAGO SILVA LEAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
21 SET. 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Triago Silva Leal

CPF da Vítima

604.262.873-98

Data do Acidente

28 - 04 - 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Como 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Baurista, 21 de Setembro de 2018

Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL
21 SET. 2018

PIAGO SILVA LEAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Seguradora Lider-DPVAT Acom

Provo DPVAT | Busca avançada

Conta da Microsoft | Entre ou

Nova aba

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=69%

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3180442739 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO SILVA LEAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR

BENEFICIÁRIO TIAGO SILVA LEAL

CPF/CNPJ: 60426287398

Posição em 26-11-2018 14:00:08

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
---------------	------------	-----------

javascript:WebForm_DoPostBackWithOptions(new WebForm_PostBackOptions("ctl005ctl46\$g_620f90a0_1c4c_43a8_ae53_cd6a21995ee1\$btnConsulta", "", true, "GrpCPF", "", false, true))

PT 14:00 26/11/2018

Scanned by CamScanner

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205

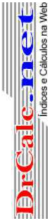


ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

Cálculo de Atualização Monetária



Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (BGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	28/4/2018 a 1/3/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	28/4/2018 a 1/3/2019

Dados calculados	
Fator de correção do período	307 dias
Percentual correspondente	3,427005 %
Valor corrigido para 1/3/2019	R\$ 7.330,39
Juros(307 dias-10,71898%)	R\$ 785,74
Sub Total	R\$ 8.116,13
Valor total	
R\$ 8.116,13	

Memória analítica do cálculo			
Valor Inicial	7.087,50		
Data Inicial	28/4/2018		
Data final	1/3/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
		Variação do período	Valor
	Termo final		
	28/4/2018	0,0210 (%)	7,088,99
	1/5/2018	0,1400 (%)	7,098,91
	1/6/2018	1,1100 (%)	7,177,71
	1/7/2018	0,6400 (%)	7,223,65
	1/8/2018	0,1300 (%)	7,233,64
	1/9/2018	0,0900 (%)	7,239,55
	1/10/2018	0,5800 (%)	7,281,54
	1/11/2018	0,1900 (%)	7,295,37
	1/12/2018	-0,1600 (%)	7,283,70
	1/1/2019	0,3000 (%)	7,305,55
	1/2/2019	0,3400 (%)	7,330,39
	1/3/2019		
Acréscimos de juro, multa e honorários			
	(+)		R\$ 785,74
Juros(307 dias-10,71898%)	(=)		R\$ 8.116,13
Sub Total	(=)		R\$ 8.116,13
Valor total			

Retornar Imprimir