



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o n° 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES** advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o n° 1358, ambos com escritório profissional situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, n° 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 10 de setembro de 2018.

ROMIR GOMES AMORIM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 56999

DATA DE EXPEDIÇÃO 15/10/2018

NOME ROMIR GOMES AMORIM

FILIAÇÃO RAFAEL GERVÁSIO AMORIM
MARIA DA CONSOLAÇÃO GOMES DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA - RR

DOC. ORIGEM CERTD NASC 10723 FLS 338 LIV 10

BOA VISTA-RR

CPF 164.124.602-25

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Diretor do RGC

DATA DE NASCIMENTO 01/02/1964

P7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

Assinatura do Tit

CARTEIRA DE IDENTIDADE



506115



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/02/2019 08:38 Data/Hora Fim: 06/02/2019 08:56
Origem: Polícia Judiciária Data: 06/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 22/10/2018 21:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Pará

Ponto de Referência: Ponte de cimento da rua da vala.
Tipo do Local: Via Pública



Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome Civil: ROMIR GOMES AMORIM (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/02/1964
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Maria da Consolação Gomes da Silva Nome do Pai: Rafael Gervásio Amorim

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 56999
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 164.124.602-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Deusdeth Coelho Nº: 2351
Complemento: Casa
Bairro: Paraviana
Telefone: (95) 99164-4186 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 06/02/2019 08:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002724/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, dia e local descritos acima, quando trafegava a pé, estando atravessando a referida rua, onde veio a ser colidido por uma motocicleta. Que desmaiou e sofreu lesões corporais vindo a ser socorrido pelo SAMU. Que em virtude do seu desmaio não sabe informar se o condutor da motocicleta permaneceu no local ou evadiu-se. Que posteriormente ficou sabendo que a motocicleta tratava-se de uma HONDA/TITAN DE COR VERMELHA. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.** Por fim, informa que este registro é para fins de recebimento do seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat. 042000908

Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

DAT

06 FEV. 2019

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Romir Gomes Amorim

Romir Gomes Amorim
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa Crime e de Condição do Código Penal Brasileiro."



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//1FCE0A9A-0FAE-4459-B1EC-833E4FDC.0417.html>

...: Guia de Atendimento 17 ...:

<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//1FCE0A9A-0FAE-4459-B1EC-833E4FDC0417.html>

Ortopedia

Paciente com trauma contuso e compressão
devido a queda de altura com mecanismo (PI)
na altura do local, sem mais detalhes.

Rx: FRATURA FÊMUR (D).

Lesão Transversária + INTRA-MEDULAR.

Fratura MTD.

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Obs: Remoção CME e fixação
no Hospital.





PEDIDO DE PARECER

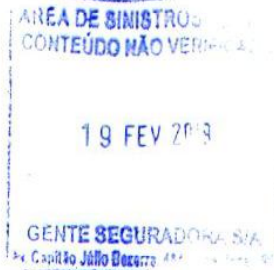
UNIDADE: _____
NOME: Romer Gomes Amorim
IDADE: 54 REGISTRO: _____
BL COO: _____ ENFERMARIA: B2 LEITO: 220-3
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: Ort

PARA: Cardi

Dados Clínicos:

Rese Breve



3, 11, 19
Data

Al

Médico

Cardiologia

54 anos

Pré op Fr feno 10

HAS - uso prev (ortoped)

PA fora de controle

180 x 100 mmHg

(passo)
metaph (sic)

Sigmo reintrodução de Antihipertensivo de

notific Data nao se re medicou

Médico

desenvolveu grande PA Controlada

Dr. Ricardo Cavalcante
Médico Cardiologista
REC - SBC / AM
CRM-RR 1641

220-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ROMIR GOMES AMORIM				
AGNÓSTICO	fx subtrocanterica de femur D				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE		LEITO	220-3	DATA	07/11/2018
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				→ DSV
2	SF0,9% 500ML S/N EV				→ DSV
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HR				→ DSV
5	DIPIRONA 01 G EV DE 8/8 HS				→ DSV
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				→ DSV
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ DSV
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ DSV
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				→ DSV
10	CURATIVO DIÁRIO				→ Rotina
11	SSVV + CCGG 6/6 H				→ gráfico
12	clexane 40mg sc 1x dia				→ DSV
13	cefalotina 1 g 6/6hr ev				→ DSV
14					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1955-RR
6 H					
12 H	180x107	96		36,2C	
18 H	173x86	96		35,1	
24 H					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Bon Vista - RR

CRIS
28/08
28/08
11:50 CRIS = 17:50
CRIS
18/08

12h. Verificados SSVV e administradas medicações C.P.M. (turno matutino). Refereir algia intensa no M.I.E, local onde está colocado a fêrula da tração, após médico mexer na mesma. Realizada ITEM ①. Apresenta também PA ↑, sendo feito ITEM ② (o mesmo faz uso também de LOSARTAN e HIDRO-CHLOROTIAZIDA).

Luiz

220-2 F. 14

1810 points in the
Lake Michigan area
05/10/50 Sayre has windows

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	RONIA GOMES AMORIM				
DIAGNÓSTICO	FATURA INSTABILIZADA FÊMUR (D)				
ALERGIAS	NENHUMA	HAS	DM2		
IDADE	54a	LEITO	DATA 23/10/18		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H SUSPEND.				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12:24
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/5H				12:06 12:18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN 21:20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CLOXACIL 40mg SC 1X/24h				10:06
14	MORFINA 10mg + 4ml AD - 0.3ml IV 4/4h - Se dor intensa - SN				
15					
16					
17					
18	AO BLOCO				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>12:15 PA = 140/70 FC = 78</p> <p>10:30h PA = 140/160 P = 90 T = 36 R = 20</p> <p>14</p> <p>Andréia Ferreira Santiago Técnica Enfermagem COREN 555501RR</p>					
SINAIS VITAIS	P	T			
6 H	72	36.7	180/56		
12 H					
18 H	72	36.7	127x78		
24 H			19		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ROMIR GONÇES ANTONIO				
DIAGNÓSTICO	FRATURA SUBMOLANÉICA FEMUR (D)				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	24/10/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H (susp)				SUSP
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				24h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				24h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				14:20
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13	DEXANE 50mg SC 1x/12h				16:00
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
AO 310.0					
SINAIS VITAIS	Tax	FC	PA		
6 H					
12 H	35,8°C	82	140x84		
18 H	36,5°C	73	130/73		
24 H	36,7°C	76	150x90		

1000 pontos no 2º dia
Ponto 11/10/2018 e 29/10
Medicamento com seguir dos cuidados



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

24.10.18
14

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	() F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/campanha			

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage	SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso:
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melenas Flatos: () Presente () Ausente
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hipercoreada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen

SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia			
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:			

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____			
Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
() Deglutição	() Padrão respiratório ineficaz	() _____
() Risco de nutrição desequilibrada	() Déficit no autocuidado para alimentação	() _____
() Risco de glicemia instável	() Déficit no autocuidado para banho/higiene	() _____
() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	() Conhecimento deficiente	() _____
() Volume de líquidos excessivo	() Comunicação verbal prejudicada	() _____
() Volume de líquidos deficiente	() Risco de dignidade humana comprometida	() _____
() Eliminação urinária prejudicada	() Processos familiares disfuncionais	() _____
() Risco de constipação	() Risco de quedas	() _____
() Diarreia	() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	() _____
() Incontinência intestinal	() Dor aguda	() _____
() Padrão de sono prejudicado	() Dor crônica	() _____
() Mobilidade física prejudicada	() Náusea	() _____
() Integridade da pele prejudicada	() Risco de broncoaspiração	() _____
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

14

180/125 82 — 36.3°C

21:30 Realizada troca de A.V. Polibutima.

25.10.18

14



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	() F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução:	() Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos		
Alergia:	() Sim () Não	Qual (is):	
Necessidade de Intérprete?	() Sim () Não	Qual idioma:	
Possui acompanhante:	() Sim () Não	Obs:	
Deambulação:	() Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante		

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____		
---	--	--	--	--	--

PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melenas Flatos: () Presente () Ausente		
--	--	--	--	--	--

REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
--	--	--	--	--	--

CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
---	--	--	--	--	--

SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim () Não Qual: _____		
---	--	--

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____		
--	--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM () Deglutição () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Diarreia () Incontinência intestinal () Padrão de sono prejudicado () Mobilidade física prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Conforto prejudicado			() Padrão respiratório ineficaz () Déficit no autocuidado para alimentação () Déficit no autocuidado para banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos familiares disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Dor crônica () Náusea () Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada		
--	--	--	--	--	--

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0007571-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002099431
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	16/01/2019	228	218,50

MARIA DAS GRACAS DA SILVA AMORIM
R. DEUSDETE COELHO 2351 PARAVIANA
CPF: 00007462816253
CEP: 69.307-273 - BOA VISTA

ROT: 13.001.04.07.497500

DADOS DA LEITURA		KWh	KVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	9199			Atual:	31/12/2018
Anterior:	8971			Anterior:	30/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	31/01/2019
Consumo Medido:	228			Emissão:	28/12/2018
Consumo Faturado:	228		FCAH	Apresentação:	31/12/2018

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB054360	1610362	1.1.1.2	263

HISTÓRICO KWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 228 A R\$ 0,791912 = 180,55
NOV/18 383	ILUMINACAO PUBLICA 37,95
OUT/18 537	
SET/18 332	
AGO/18 254	
JUL/18 213	
JUN/18 161	
MAI/18 174	
ABR/18 221	
MAR/18 206	
FEV/18 167	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 228 - 0,534620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA, PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 28/12/2018, não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO E986.599F.ECD8.B636.7FAD.EFEB.9E9F.E651

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	44,79	Base de Cálculo:	180,55
Energia:	94,98	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	30,69
Encargos:	4,93	Valor do PIS:	0,91
Tributos:	35,85	Valor do COFINS:	4,25

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03	12,06	24,12	7,27	14,54	29,08	3,54
2,07			10,00			0,55

CENTRO

10/2018

11

13.001.04.07.497500

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0007571-0

TOTAL A PAGAR - R\$
218,50

MÊS FATURADO
12/2018

VENCIMENTO
16/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 002099431 FCAH

01 FEV 2019

83660000002 7 18500075000 9 000000000007 5 57101218008 9



GE NTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

SEQ.: 00092 UC: 0007571-0 DT.LEIT.: 31/12/2018 T.ENTR.: 07
LEITURA: 9199 NORMAL TOTAL: 218,50 CARGA: 013
DT.VENC.: 16/01/2019 IRREG.: 0000 COLETOR: 1333



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

Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153484

Vítima: ROMIR GOMES AMORIM

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROMIR GOMES AMORIM

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT


Estamos aqui para Você

Carta nº 13997642 - Cartão - INVALIDEZ



Carta nº 13997642

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062102/19

Vítima: ROMIR GOMES AMORIM

CPF: 164.124.602-25

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: ROMIR GOMES AMORIM

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ROMIR GOMES AMORIM : 164.124.602-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/02/2019
Nome: ROMIR GOMES AMORIM
CPF: 164.124.602-25



ROMIR GOMES AMORIM

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/02/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

OUTORGANTE: ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 10 de setembro de 2018.

ROMIR GOMES AMORIM