



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

PROCURAÇÃO

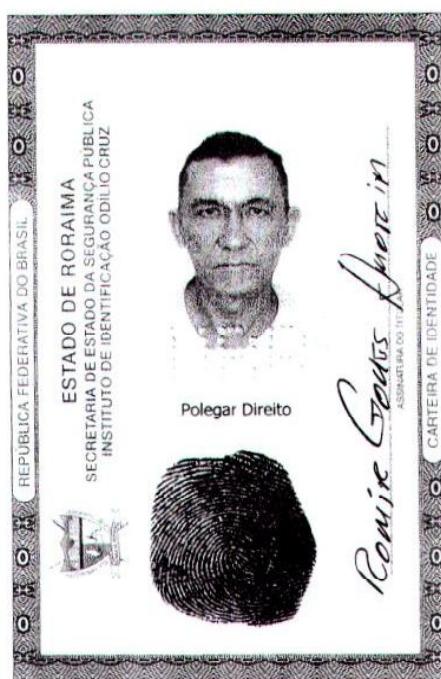
OUTORGANTE: **ROMIR GOMES AMORIM**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

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, nº 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





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 Policia: 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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

Bairro: Dos Estados

GENTE SEGURADORA S/A

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

Página 1 de 2

Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 06/02/2019 08:56

Protocolo nº: Não disponível





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA 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 à 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 à 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.

"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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa Crime contra a Administração Pública do Código Penal Brasileiro."

ASSINATURAS DAT <u>06 FEV. 2019</u>
AGENTE DE POLÍCIA As informações acima assentadas e crente que comunico à Vossa Exma. Sr. D. Ministro da Segurança Pública CONFIDENCIADOR

Romir Gomes Amorim
(Comunicante)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadelo Eduardo Gomes, 3308

Ato Declaratório

2018-3

Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

11:00h

1801025729 22/10/2018 22:03:07		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 16		
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ROMIR GOMES AMORIM		01/02/1964	54 A 8 M 21	200803977078398	16412460225	00065981		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
PIS-PASEP * 56999	SSP/RR	SSP/RR	21/05/2009	M	NAO	PARDA	BRASILEIRA	
Mãe					INFORMADO			
MARIA DA CONSOLACAO GOMES DA SILVA					RAFAEL GERVASIO AMORIM			
Endereço	RUA - ROBERTO COSTA - 272 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			GENTE SEGURADORA S/A					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Info de paciente: 114 - Boa Vista RR		Peso	Pressão		
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				SOUSA			
Queixa Principal	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febre <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Fracassou de Motocicleta</i>							
Anamnese de Enfermagem	<i>Fracassou de Motocicleta</i> D GSC TOTAL AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<i>Recomendação de alta de hospital</i> <i>Desenvolvimento Proximamente</i> <i>Cho Fracassou D</i>							
Exame Físico	<i>Recomendação de alta de hospital</i> <i>Cho Fracassou D</i>							
Hipótese Diagnóstica								
SADT - Exames Complementares								
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:								
PRESCRIÇÃO				APENASMENTO		OBSERVAÇÃO		
<i>Recomendação de alta de hospital</i> <i>Recomendação de alta de hospital</i>				<i>Recomendação de alta de hospital</i> <i>Recomendação de alta de hospital</i>		<i>Recomendação de alta de hospital</i> <i>Recomendação de alta de hospital</i>		
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Alegre</i>							
Óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Alé 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: 11 31 JAN 2019							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	Carimbo e Assinatura do Médico <i>V.28.85</i>						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico <i>V.28.85</i>				
Impresso por: SOUSA Data/Hora: 22/10/2018 22:03:41 <small>© 2010 - SIGA - Sistema de Gestão de Atendimentos versão 4.1.0.0 - 01/08/2018</small>								
 1801025729 <small>Certificado de alta de paciente Certificado de alta de paciente Data: 22/10/2018 Hospital: Hospital Geral de Roraima</small>								

22/10/2018

14

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

220-3

1ª Classificação/Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

14
11.00h

1801025729

22/10/2018 22:03:07

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Paciente **ROMIR GOMES AMORIM**
 Data Nascimento **01/02/1964** Idade **54 A 8' M 21 D** CNS **700905974078396**
 Tipo Doc **PIS-PASEP** Documento **56999** Órgão Emissor **SSP/RR** Data Emissão **21/05/2009** Sexo **M** Estado Civil **NAO** Ráça/Cor **PARDA** Naturalidade **BOA VISTA - RR**
 Mãe **MARIA DA CONSOLACAO GOMES DA SILVA** INFORMADO **RAFAEL GERVASIO AMORIM**
 Endereço **RUA - ROBERTO COSTA - 272 - NOSSA SENHORA APARECIDA - BOA VISTA - RR**

NOTÍCIA DE SINISTRO DE PRATICA
ÁREA DE SINISTROS DE PRATICA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16412460225 00065981
19 FEV 2019

Ocupação **AUTÔNOMO**
GENTE SEGURADORA/BIA
Av. Capitão Júlio Cezar, 104 - Boa Vista - RR

Sis. Ponto: 11

Av. Capitão Júlio Cezar, 104 - Boa Vista - RR

11.00h

11.00h</p

Ortopedia:

Paciente relata trauma contuso e doloroso.
Doloroso durante os movimentos com moderação (B2).
Movimento doloroso, sem náusas ou vômitos.

Rx : Fratura clínica (D)

(D: fractura transversa avançada + intertrigo).

Frangido M2.

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

Obs: Frac. CMC 1º ramo avançada
no Hospital.





ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME: Romér Gómez Cenere

IDADE: 50y

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

P2

LEITO: J20-3

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ort

PARA:

Caroli

Dados Clínicos:

U

ÁREA DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Romér Gómez Cenere

19 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Capitão Júlio Dantas

3/11/19

Data

M

Médico

Cardiologo

C°, 84 ans

Hab op Fr ferme ①

LHS - Uso (prev.) | crise an

PA fone de Cachalo

180 x 100 mmHg

htz

(pessoas)

migras (sic)

Sugiro a introdução de Antihipertensivo de

Notifica: - não se moveu

Médico

desenv. ex. gesto de PR Controle

Dr. Ricardo Caputo Cardiologista
Medico Especialista
Tel: 9611-991661
W.C.R.

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				→ 5W
2	SF0,9% 500ML S/N EV				→ 5W
4	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HR				→ 10*
5	DIPIRONA 01 G EV DE 8/8 HS				→ 1A
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				→ 5W
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ 5W
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ 5W
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				→ 5W
10	CURATIVO DIÁRIO				→ Rohriva
11	SSVV + CCGG 6/6 H				→ gráfica
12	clexane 40mg sc 1x dia				→ 16*
13	cefalotina 1 g 6/6hr ev				→ 10*
14					CRIS
16					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	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995-RR
6 H					
12 H	180x107	96		36,2C	
18 H	173x86	86		35,1	
24 H					

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

12h. Verificadas SSVV e administradas medicações C.P.M. (turno matutino). Referiu algie intensa no MI(E) local onde está colocado a ferula da fratura, após médico mexer na mesma. Realizada ITEM ①. Apresenta também PA ↑, sendo feito ITEM ③ (o mesmo faz uso também de LOSARTAN e HIDRO-CHORTIAZIDA).

anteriormente
não se aplica

1

220-2 F. M

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DH	DN	
PACIENTE	<i>Xomir Jenes Amorim</i>			
DIAGNÓSTICO				
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	LEITO	<i>M</i>	DATA	<i>00/00/00</i>
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			<i>SM</i>
2	AVP			<i>Madrugada</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			<i>12:18:24/06</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			<i>Lsgm.</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			<i>10:00:30</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			<i>15:30:01/00</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
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			<i>SN</i>
11	CURATIVO DIARIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	<i>Glicose 60 mg (80) 1x ao dia.</i>			<i>(16)</i>
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:



SINAIS VITAIS	FR	FC	PA	TEMP
6 H	19	76	130/90	36,8°C
12 H	19	77	141/100	36,48
18 H	78		160/90	36,1
24 H	81		139/91	36,4

Pablo Caraballo Estrelanha Júnior
Médico CRM 32.02

18/04 para mto mto
falta medicação e
e SS/VL Só que tem muitos bkt

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
	PREScrição MÉDICA	



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE		RONIR Gomes Amorim	
DIAGNÓSTICO		FRACTURA SUBTAUROTRÍNICHA FEMUR (0)	
ALERGIAS		NEGAT.	HAS
IDADE		54a.	LEITO
ÍTEM		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO SNP
2	AVP		manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H		SUSPENSO.
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		12.30
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		106 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		>W
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		>W
11	CURATIVO DIARIO		Deux
12	SSVV + CCGG 6/6 H		h
13	Clexane 40mg SC 1X/21d.		(06)
14	Morfina 10mg + 4g AD - 0.3L IV 9/9/10. Se dor intenso. SN		Dr. Adel Soares Medico Residente Ortopedia e Traumatologia CPG 1828/FRR
15			
16			
17			
18	AO GLOCO		
19	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		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:	
------------------	--

12/15
PA = 100/70
P = 78
FC = 78

10:30h
PA = 100/70
P = 90
T = 36
R = 20

*Priscila Ferreira Santiago
Técnica Enfermagem
COREN-RR/SP/RR*

SINAIS VITAIS	P	T	
6 H	72	36.7°C	100/70 / 78
12 H			
18 H	72	36.7°C	122x78 19.
24 H			

150x100 30°C 36.5°C

23.10.18

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 - aerosol () 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			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico	BC: _____			
() Sedado () Torposo () Comatoso	() Normotenso () Hipotensão () Hipertenso	PA: _____			
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filitiforme () Arritmico	Pulso: _____			
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotoreagente () Mióticas () Midriática	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT				
() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial				
REGULAÇÃO TÉRMICA			EVACUAÇÕES: () Presente () Ausente () Colostomia		
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena				
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente				
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido				
() Normocorada () Hipocorada () Hipercorada	() Ascítico () Maciço () Timpântico				
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente				
() Acianótica () Edema Local: _____	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não				
Úlcera por pressão: () Sim () Não			SISTEMA URINÁRIO / DURESE		
Região: _____			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria				
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____	() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen				
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico	() Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia				
() Sim () Não	Qual: _____				
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES					
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____ Data: _____	Trocárem: _____			
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____ Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não () SNG	() Sim () Não				
Dandas: () Sim () Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Siforagem			
Dreno de: _____	Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____				
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da Instalação: _____	Trocárem: _____			
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	() _____			

14

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	RODRIGO GOMES ANDRADE			
DIAGNÓSTICO	Fratura submocanearia fêmur (B)			
ALERGIAS				
IDADE	HAS	LEITO	DM2	
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	AVP			manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H (susp)			SUSP
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12/12
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			12/12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			24h 06:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			14:00
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 DIARIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	UEXANE 30mg SC 1x/00			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:				

AC 310-0

SINAIS VITAIS	TAX	FC	PA	
6 H				
12 H	35,8 C	82	140x84	
18 H	36,4 C	73	130/73	
24 H	36,7 C	76	150x90	

16:00 paciente no 2º andar
fute 14:45mzscis e 55/60
medicamento opm sobre 100 andares.

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 - aerosol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/gambeirista			

SISTEMA NEURÓLOGO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC:				
() Sedado () Torposo () Comatoso () Normotenso () Hipotensão () Hipertensão					
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico					
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT					
() Isocôricas () Anisocôricas () Não reagentes					
REGULAÇÃO TÉRMICA			Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico					
() Febril () Febre () Pirexia					
			Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
			() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
			Flatos: () Presente () Ausente		
			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
			() Ascítico () Maciço () Timpânico		
			Ruidos Hidroáreos: () Presente () Ausente		
			Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
			() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória		
			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropêna		
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 glicemias instáveis () 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 ()					

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº 1 Versão: 06 Lote de elaboração: Fevereiro 2013 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: J4
Nome: <i>Romir Gomes Amorim</i> DATA: <i>24/10/18</i> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO DATA: <i>19 FEVEREIRO 2019</i> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I GENTE SEGURO DOR S/A <i>Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Rio Branco - RO</i>
Etiologia <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Tecido necrótico Qualidade de Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo Dor: <input type="checkbox"/> Sim _____ <input checked="" type="checkbox"/> Não Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Solução para limpeza <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão) <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE		<input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã Data da Próxima troca: <i>25/10/18</i> Em caso de + de 24hs		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem <i>Mônica Reis Farias</i> <i>Monica em Enfermagem</i> <i>2019/04/25</i> Carimbo e Assinatura do Enfermeiro <i>Ana Camila da Silva Góes</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>COREN/RO/001622</i> <i>2019/04/25</i> <i>de Enfermagem</i>		<i>02-</i>
OBS: <i>11</i>		OBS: <i>11</i>

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.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA																								
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																					
PACIENTE	<i>Fernando Ferreira</i>																							
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura Gustavo Lauter e ferida</i>																							
ALERGIAS		HAS	DM2																					
IDADE		LEITO	14	DATA <i>07/02/19</i>																				
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE			SMD																				
2	AVP			Mamãe																				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			17 18:00																				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			29 06																				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			17 18:00																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			29 06																				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)																							
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																							
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			SN																				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																							
11	CURATIVO DIARIO																							
12	SSVW+CCGG 6/6 H			17 18:00																				
13	<i>Fernando Ferreira</i>			16 18:00																				
14				16 18:00																				
15				ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																				
16																								
17																								
18				19-FEV-2019																				
19																								
20	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, G 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			GENTE SEGURADORA S/A Av. Ceará, 1000 - Centro, 401 - Rio Branco - RR																				
EVOLUÇÃO MÉDICA:																								
<i>PA Fe FR T</i> SINAIS VITAIS <table border="1"> <tr> <td>6 H</td> <td>145/80/44</td> <td>72</td> <td>18</td> <td>35.2</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140/80/82</td> <td>76</td> <td>36.0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>135/80</td> <td>80</td> <td>35.3</td> <td>am 14:08</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><i>Dr. Pinto com ISS Edson Jr.</i></p>					6 H	145/80/44	72	18	35.2	12 H	140/80/82	76	36.0		18 H	135/80	80	35.3	am 14:08	24 H				
6 H	145/80/44	72	18	35.2																				
12 H	140/80/82	76	36.0																					
18 H	135/80	80	35.3	am 14:08																				
24 H																								

180/125 82 - 36.3°C

21:30 Realizada troca de AN Poliéster.

25.10.18

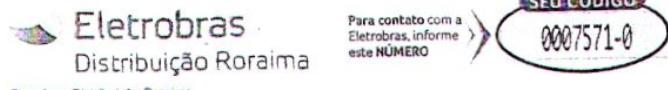
14

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			SISTEMA CARDIOVASCULAR																																																																																																																	
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	() Normocárdico	() Bradicárdico	() Taquicárdico BC: _____																																																																																																															
() Sedado	() Torposo	() Comatoso	() Normotenso	() Hipotensão	() Hipertenso PA: _____																																																																																																															
() Agitado	() Reage a estímulos	() Não reage	() Pulso Cheio	() Filiforme	() Arritmico Pulo: _____																																																																																																															
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL																																																																																																																	
() Fotorreagente	() Mióticas	() Midriática	() VO () SNG/SOG	() SNE/SOE	() GTT () NPT																																																																																																															
() Isocôricas	() Anisocôricas	() Não reagentes	Acitação da dieta: () Sim () Não () Parcial																																																																																																																	
REGULAÇÃO TÉRMICA			Evacuações: () Presente () Ausente () Normal () Diarreia () Constipação () Melena	(19) FEV 2019 Coletostomia																																																																																																																
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertérmico	Flatos: () Presente () Ausente																																																																																																																	
() Febril	() Febre	() Pirexia	REGULAÇÃO ABDOMINAL <i>ESTE SEGURADORA S/A</i>																																																																																																																	
() Hiperpirexia			CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido			() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico			() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruídos Hidroáreos: () Presente () Ausente			() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não			() Acianótica	() Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE			Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria			Região: _____			() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória			Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropênia			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: _____	Trocár em: _____			Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocár 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: _____	Trocár em: _____				Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____			
CARACTERÍSTICAS DA PELE			() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido																																																																																																																	
() Hidratada	() Desidratada	() Ressecada	() Ascítico () Maciço () Timpânico																																																																																																																	
() Normocorada	() Hipocorada	() Hipercorada	Ruídos Hidroáreos: () Presente () Ausente																																																																																																																	
() Anictérica	() Ictérica	() Cianótica	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não																																																																																																																	
() Acianótica	() Edema Local: _____		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE																																																																																																																	
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria																																																																																																																	
Região: _____			() Pollúria () Disúria () Colúria () Hematória																																																																																																																	
Curativo realizado: () Sim () Não	FO: () SIM () NÃO		() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropênia																																																																																																																	
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: _____	Trocár em: _____																																																																																																																	
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocár 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: _____	Trocár 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	() _____			



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 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/RR/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	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	FCAM	Emissão: 28/12/2018
Consumo Faturado:	228		Apresentação: 31/12/2018

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB054360	1610362	1.1.1.2	263

HISTÓRICO KWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
NOV/18	CÔNSUMO 228 A R\$ 0,791912 = 180,55
OUT/18	ILUMINACAO PUBLICA 37,95
SET/18	
AGO/18	
JUL/18	
JUN/18	
MAI/18	
ABR/18	
MAR/18	
FEV/18	
TRIFIA 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 constatamos 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	Aliquota 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

INFORMAÇÕES 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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT

SEU CÓDIGO
0007571-0

TOTAL A PAGAR - R\$

218,50

MÊS FATURADO
12/2018

VENCIMENTO

16/01/2019

Nº da Nota Fiscal:
002099431 FCAM

01 FEVEREIRO 2019

Eletrobras
Distribuição Roraima

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

83660000002 7 18500075000 9 00000000007 5 57101218008 9 GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - 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.: 000 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

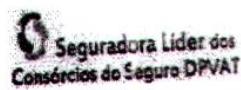
Estamos aqui para Você

ZENATURAL - CNU - DIREITOS HUMANOS



Carta nº 13997642

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



DENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062102/19

Vítima: ROMIR GOMES AMORIM

CPF: 164.124.602-25

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: ROMIR GOMES AMORIM

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

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

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 que consta 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

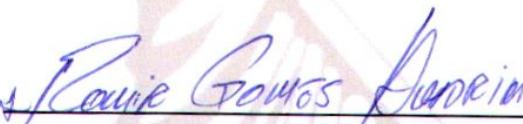
OUTORGANTE: ROMIR GOMES AMORIM, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da Cédula de Identidade RG 56999 SSP/RR, CPF 164.124.602-25, residente e domiciliado Rua Deusdete Coelho, N° 2351, Bairro Paraviana, Município de Boa Vista-RR, na Comarca de Boa Vista, Estado de Roraima

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

3