

24/11/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

FICHA DE ATENDIMENTO Nº **0343**

EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: **BRAVO III** EQUIPE: **mauro + joana + joão**

Paciente: **Roberto Roberto da Silva** Idade: **25** Sexo: **MASC.**

Nacionalidade: **brasileira** Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: **P.R. MARCO ROMEM DO MELO** Bairro: **MARCO**

Nº **3442** DATA **28/02/2020** HORA J/9: **14:04** BASE ☒ VIA () ☒ RÁDIO
Médico (a) Regulador (a): **Dr. MARCOS** HORA J/10: **14:12** () CELULAR

MOTIVO INICIAL: **motociclista**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica
☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência
☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar
☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> A pé	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete
<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança
<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Airbag
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input type="checkbox"/> Assento para criança

AValiação INICIAL

VIAS AERIAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Eupneica	<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Obstrução Parcial	<input type="checkbox"/> Apneia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Midríase
<input type="checkbox"/> Obstrução Total	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"	<input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E
<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Pulso radial ausente	<input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Pulso central ausente	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
		<input type="checkbox"/> Cianose central	
		<input type="checkbox"/> Extremidade	

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 14:04	140x110	73	20	98			10	15
Fim 14:12	140x110	80	19	100%				

AValiação SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

- 1 - Dor
- 2 - Hematoma
- 3 - Contusão
- 4 - Escoriação
- 5 - Laceração
- 6 - Luxação
- 7 - Fratura fechada
- 8 - Fratura exposta
- 9 - Amputação
- 10 - Evisceração
- 11 - Afundamento de crânio
- 12 - Ferimento penetrante
- 13 - Tórax instável
- 14 - Enfisema subcutâneo
- 15 - Ferida aspirativa
- 16 - Empalamento
- 17 - Outros

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Ao comando
- 2 - A dor
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confuso
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza a dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Sem resposta

AValiação CARDÍACA

GRAVIDADE COMPROVADA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> FV	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal	<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Flutter Atrial	<input type="checkbox"/> AESP	<input type="checkbox"/> HAS
<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial	<input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Medicação de uso
	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias
	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	
	<input type="checkbox"/> Digestiva	
		<input checked="" type="checkbox"/> Severa
		<input type="checkbox"/> Óbito

INCIDENTES

☐ Cancelamento

☐ Recusa de Atendimento

☐ Não se encontrava no local

☐ Trote

MEIOS APLICADOS

☒ Polícia Militar

☐ Guarda Municipal

☒ SMTRAN

☐ PRF

RCP

☐ Iniciada as: _____

☐ Término as: _____

☐ RCP com sucesso

☐ RCP sem sucesso

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Assinado J. H. Perez
Data: 28/02/2020 RQE: 176
Carimbo: **Carimbo Geral**

SAMU 192-BV
CONFIRMAÇÃO
Em 13/03/2020
Rubrica: **Rubrica**

PER DO PA	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	<input type="checkbox"/> Declaro para os devidos fins que estou recusando o transporte para a unidade hospitalar disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01:	RG: _____
	TESTEMUNHA 02:	RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes		<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva				
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.		<input type="checkbox"/> Com cartão da gestante				
BCF:	<input checked="" type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s		<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input checked="" type="checkbox"/> Tirantes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco nº 18	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp nº _____	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	2g	CV	14:31	KINGORHOLITO	1000mg	CV	14:31
Morfina	10mg	CV	14:31				
Paracetamol	1000mg	CV	14:31				
Sfo. 9%	1000mg	CV	14:31				

INSUMOS UTILIZADOS NA OCORRÊNCIA			
28/02/2020 às 14:04.	01 Siringa	02 Kingorhólito	
02 compressos merckes	01 aparelho 40x12	06 curativos de curativo merckes	
02 gelco 18	02 dipirona amp.	02 curativos de curativo merckes	
02 gelco 18	01 morfina amp.		
04 curativos merckes	01 paracetamol amp.		
04 curativos merckes	02 sfo. 9%		

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS
28/02/2020 às 14:04. A Equipe foi acionada para atender a uma ocorrência de natureza traumática, (Acidente de trânsito), no local encontramos a vítima no polo consciente, orientada, com queixa principal de dor intensa em membro inferior direito, na articulação joelho. A equipe constatou uma fratura importante (fratura exposta com exposição óssea, hemorragia ativa intensa) e imediato compressão oclusiva, imobilização do membro afetado com curativo de médico responsável que realizou a imobilização e posteriormente em encaminhamento para a unidade de saúde. R O Relato.

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00008950/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/02/2020 18:48:55 Data/Hora Fim: 28/02/2020 18:48:55
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 811810 SERIE J Data: 28/02/2020
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA Ocorrência

Unidade de Apuração: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 28/02/2020 14:38

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Mecejana

Logradouro: AV. MARIO HOMEM DE MELO COM RUA SABIA

Nº: FRENTE 1757

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Social: CB PM

Nome Civil: SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Policial Militar

Naturalidade: Boa Vista - RR

Nome da Mãe: Pj

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: CIPTUR

Nome Civil: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 24

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG: 349823-9

CPF: 008.359.282-25

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. GETULIO CORREIA DE PINHO

Nº: 16

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Nome Civil: FABIANO DOS SANTOS CASTRO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 35

Profissão: Militar do Exército

Estado Civil: União Estável



Impresso por: Hualacy Seelig Soares de Souza

Data de Impressão: 11/09/2020 15:17:23

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00008950/2020

Documento(s)

CPF: 811.289.402-72

EndereçoMunicípio: Boa Vista - RR
Logradouro: AV. GENERAL SAMPAIO
Complemento: 7º BIS
Bairro: TREZE DE SETEMBRO
Telefone: (95) 99121-6757 (Celular)

Nº: SN

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**Grupo Veículo****Descrição** HONDA/CG 150 TITAN ES**Placa** NAR0747**Número do Motor** RR0001484**Ano/Modelo Fabricação** 2006/2006**UF Veículo** RR**Marca/Modelo** HONDA/CG 150 TITAN ES**Veículo Adulterado?** Não**Situação** Envolvido**Situação do Veículo** REST.BEN.TRIBUTARIO**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta**CPF/CNPJ do Proprietário** 385.163.062-91**Renavam** 00889046468**Número do Chassi** 9C2KC08506R856382**Cor** PRATA**Município Veículo** Boa Vista**Modelo** HONDA/CG 150 TITAN ES**Quantidade** 1 Unidade**Última Atualização Denatran** 10/11/2017**Nome Envolvido**

Roberto Petronio da Silva Filho

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SEGUNDO RELATO DO ROP PM:

"FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRÊNCIA DE TRANSITO COM VITIMA NO ENDEREÇO ACIMA DESCRITO. CHEGANDO AO LOCAL ENCONTRAMOS O ITEM 02 SENDO ATENDIDO PELA EQUIPE DO SAMU E CONDUZIDO PARA O PRONTO SOCORRO PARA ATENDIMENTO MAIS ESPECIALIZADO. O ITEM 01 NOS RELATA QUE SEGUIA PELA RUA SABIA NO CAMINHÃO EB (EB13722, CAMINHÃO DO EXERCITO BRASILEIRO, COR VERDE), SENTIDO RUA DO SANHAÇU, QUE PAROU NO CRUZAMENTO COM A AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO, QUANDO ESTAVA FINALIZANDO A TRAVESSIA DA AVENIDA, SENTIU UM FORTE IMPACTO NA TRASEIRA COM CAMINHÃO. AO SAIR PARA VERIFICAR, ENCONTROU O ITEM 02 CAÍDO AO CHÃO. O ITEM 02 SEGUIA PELA AVENIDA MARIO HOMEM DE MELO EM SUA MOTOCICLETA (NAR 0747, HONDA /CG 150 TITAN, COR PRATA), SENTIDO CENTRO BAIRRO, POREM ESTAVA SEM CONDIÇÕES DE DAR SEU RELATO. O ITEM 02 NÃO É HABILITADO. FOI FEITO AUTO DE INFRAÇÃO NUMERO SE00299176. A MOTOCICLETA ESTA DEVIDAMENTE LICENCIADA E FOI ENTREGUE AO SENHOR GEMILSON LIMA DE ALMEIDA, CNH 04666183091, CATA. O ITEM 01 É HABILITADO EM SUA CATEGORIA E CAMINHÃO DEVIDAMENTE LICENCIADO. O PERITO SUBTENENTE UBIRATAN DO 7º BIS, QUE REALIZOU OS TRABALHOS NO LOCAL. FOI ACIONADO A PERICIA DA POLICIA CIVIL E O MESMO INFORMOU QUE POR SE TRATAR DE VEICULO OFICIAL FEDERAL, PERICIA NÃO ERA DE SUA COMPETENCIA. FOI ACIONADA A PERICIA DA POLICIA FEDERAL E A GUARNIÇÃO AGUARDOU POR 50 MINUTOS E OS MESMOS NÃO COMPARECERAM AO LOCAL. DEVIDO AO GRANDE FLUXO DE VEICULO NO LOCAL, APOS PERICIA DO EXERCITO, A VIA FOI LIBERADA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Fls: 3
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00008950/2020

ASSINATURAS

Luciene Marques da Costa

Agente de Polícia

Matrícula 42000330

Responsável pelo Atendimento

Nome Social: Cb Pm

Nome Civil: Silva

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 del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 11 de Setembro de 2020

Hualacy Seelig Soares de Souza
Assinatura

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		Reclassificação: <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	
2001225335		28/02/2020 14:43:18		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	
Paciente ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO		Data Nascimento 20/11/1994		Idade 25 A 3 M 8 D		GNS CPF Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3498239		Órgão Emissor Data Emissão M		Sexo M	
Estado Civil SEM		Raça/Cor INFORMAÇÃO		Naturalidade BRASIL		Nacionalidade BRASIL	
Mãe JACI SILVA SANTOS		Pai ROBERTO PETRONIO DA SILVA		Contato Ocupação NÃO INFORMADA		Endereço - AVENIDA BENTO BRASIL - 209 - - -	
Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal		Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão		Procedimento Sol. hacer alergias	
Queixa Principal Acidente de moto.		Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <input type="checkbox"/>		Registrado por: ANTONIA.SOARES		GSC AO: 1 2 3 4 5 6 RV: 1 2 3 4 5 6 MRV: 1 2 3 4 5 6 TOTAL: 15	
Anamnese de Enfermagem							
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) Paciente vítima de colisão moto x caminhão; consciente; mobilizado; refere dor em M.D.; nega perda de consciência, náuseas e vômitos.							
Exame Físico: B.E.C.H.O.T.E., A.A. ao toque, deprimido +14x, hiperestesia superficial; edema de pêloso D + deformidade de M.D.; dor à mobilização de membro (tórax).							
Hipótese Diagnóstica fratura de tibia? exposta?							
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:							
PRESCRIÇÃO 1) Dipirona 2 g EV q 6h 2) Paracetamol 20mg EV q 6h 3) ATG 0.5mg EV q 6h 4) Clonidina 1g EV q 6h 5) Clonidina (Susp.) 6) Transf. (100g) EV 55f.0.5g/100ml				APRAZAMENTO OK		OBSERVAÇÃO	
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: ORTOPEDIA							
óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> JML Anatomia Patológica <input type="checkbox"/>							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico Dra. Larissa Bessa Médica CRM-RR 2186			



2001225335

AOC

7 gleg



BOLETIM OPERATÓRIO

Robert P. de S. Fell

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28/03/20

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fx expst tibia D; Fx femur distal D
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Fixação transosteal em MTD
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Elder 1º AUXILIAR: Velloso
2º AUXILIAR: Morais P D INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
NÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1- Ret D D + aneste
2- Limp + lavagem + lavagem
3- LMC exat em bto de joint sobre o
foco expst tibia D + punção - fixação transosteal
em MTD + parafusos + cost
4- RR

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18281 RR

Dr. Marcos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 18995





Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

0076886-3

RORAIMA ENERGIA S.A.
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 368/13

Nº DA NOTA FISCAL 5581939 FCAM*
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\$)
JULHO/2020	01/08/2020	231	208,68

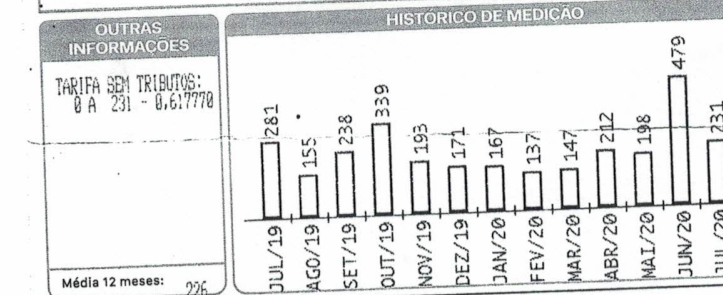
RAIMUNDO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 00027213609300
AV GETULIO CORREIA DE PINHO 16 - SENADOR HELIO CAMPOS
CEP: 69.316-402 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual:	15/07/2020	Anterior:	13/06/2020
Emissão:	14/07/2020	Próxima leitura:	15/08/2020
		Dias de consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.3	RESIDENCIAL	TRIF	TDT1918694	NORMAL	CONVENC

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO
Leit. Atual	710						
Leit. Anterior	479						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	231						
Faturado:	231						

DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	231 A R\$ 0,755234 = 174,45
CORRECAO MONETARIA IG 05/20-00	0,57
MULTA POR ATRASO DE I 05/20-00	1,63
JUROS DE MORA POR ATR 05/20-00	0,31
MULTA POR ATRASO 05/20-00	2,98
JUROS DE MORA DE IMPO 05/20-00	1,74
ILUMINACAO PUBLICA	27,00



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 30/07/2020, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) contas vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 156,07 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$
06/2020 397,24

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

RESERVADO AO FISCO 7BED.E8EB.C99E.2AAC.7715.57A4.7C11.F328

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			
Energia:	95,48		
Distribuição:	41,83		
Transmissão:	0,00		
Encargos:	5,40		
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	2,72		
FIC	Mensal	Trimestral	Anual

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Roberto Petronio de S. Filho, brasileiro
(a), solteiro, autônomo, portador (a) do RG nº
3498239, inscrito (a) no CPF sob o nº 00835928225, residente e
domiciliado (a) na Av Getulio Coraia de P., nº 16, Bairro
União Campa, Boa Vista-RR, CEP 69.316-402, telefone
nº (95) 99121-6757, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 15 de setembro de 2020.

Roberto Petronio de Silva Filho
DECLARANTE



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, 07 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200344047

Vítima: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: ROBERTO PETRONIO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000008526

Conta: 0000031221-3

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00393/00394 - carta_15R - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8C3 7Z2XP P7P4T JZVHY

PROCURAÇÃO

Eu, Roberto Petrólio da Silva Filho, brasileiro (a), solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade RG nº 349823-9, inscrito (a) no CPF sob o nº 008.359.282-25, residente e domiciliado (a) na Av Artur de Azevedo de Pinho nº 16, Bairro Smader II. campo CEP 69.316-402, telefone nº 99121-6257 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 15 de outubro de 2020.

Roberto Petrólio da Silva Filho
OUTORGANTE.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

349823-9

DATA DE EXPEDIÇÃO

23/03/2019

NOME

ROBERTO PETRÔNIO DA SILVA FILHO

DATA DE NASCIMENTO

20/11/1994

FILIAÇÃO

ROBERTO PETRÔNIO DA SILVA

JACI SILVA SANTOS

NATURALIDADE

NOVA FLORESTA - PB

DOC. ORIGEM

CERTD NASC 9398 FLS 220 LIV A- 9

NOVA FLORESTA-PB

CPF

008.359.282-25

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

Partido Republicano da Paraíba Civil

Director do RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ





Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

Roberto Petronio da S. Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE