

22/09/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 09/2020 referente a UC: 1101188



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5990591

SERGIO DINIZ

ES VICINAL DO CAJUAL, S/N ,

BOA VISTA

69300690 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	PERÍODO DE CONSUMO 12-AUG-20 a 14-SEP-20
CONSUMO (kWh) 316	VENCIMENTO 06-OCT-20	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1101188	MÊS 09/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 186,32
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836000000015.863200750009.000000001107.118809200058



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Brain Wilson, brasileiro
(a), isolado, agricultor, portador (a) do RG nº
5552435, inscrito (a) no CPF sob o nº 406.679.212-22, residente e
domiciliado (a) na ES Vicinal do Caxual nº S/N, Bairro
zona rural, Boa Vista-RR, CEP 69.3006 90, telefone
nº (95) 99113-3855, 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, 14 de outubro de 2020.

Brain Wilson
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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200348042

Vítima: BRAIN WILSON

Data do Acidente: 16/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRAIN WILSON

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: BRAIN WILSON

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000055174-9

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

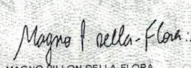
PROCURAÇÃO

Eu, Brain Wilson,
brasileiro (a), solteiro, agricultor, portador (a) da
cédula de identidade RG nº 5552435, inscrito (a) no CPF sob o
nº 706.679.212-22 residente e domiciliado (a) na
ES Vicinal do Caval, nº S/N, Bairro
zona rural, CEP 69.300690, telefone nº 99113-3855
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, 11 de outubro de 2020.

Brain Wilson
OUTORGANTE.

TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, e seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR. VISITE O PORTAL TRABALHO: HTTP://TRABALHO.GOV.BR	
 MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 136.97466.54-1 NÚMERO 5264156 SERIE 0060 UF RR  ASSINATURA DO TITULAR   POLGARTIREITO	

BRAIN WILSON	
 14119 5264156 60-50 FILIAÇÃO..... ALICE WILSON NASCIMENTO..... 27/10/2001 ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO NATURALIDADE: BONFIM - RR DOCUMENTO..... R.G. - 5552435 - 15/08/2018 - SESP - RR LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF..... 706.679.212-22 TIT. ELEITOR: LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA DATA DE EMISSÃO.: 14/10/2019 CNH..... SEÇÃO: ZONA:  MAGNO PILLON DELLA-FLORA Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR ASSINATURA DO EMISSOR QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	

Fls: 1
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/09/2020 16:21:09 Data/Hora Fim: 21/09/2020 16:21:09

Origem:

Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/02/2020 01:20

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: comunidade do PASSARÃO/RR

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRAIN WILSON (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 27/10/2001	Idade 18
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Ensino Médio Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Bonfim - RR	
Nome da Mãe: Alice Wilson			

Documento(s)

RG: 5552435

CPF: 706.679.212-22

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Vila do Passarão S/N

Bairro: Zona Rural

Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 553.032.422-34	Placa NAP2964
Renavam 01084149971	Número do Motor KC22E0G046447
Número do Chassi 9C2KC2200GR046443	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 23/06/2020	Situação do Veículo RENAINF - ALIENACAO_FIDUCIARIA_FILE_VEICULOS - RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEICULOS



Fls: 2
Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00028179/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Brain Wilson	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 16/02/2020, por volta das 01H:20min da madrugada, o comunicante conduzia sua motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 160 FAN ESDI, cor prata, Placa NAP-2964; QUE trafegava da comunidade do PASSARÃO/RR, para a capital do estado de RORAIMA/BV na RR-319; QUE ao chegar na metade de seu destino um veículo automotor vindo sentindo contrário, estava obstruindo o campo de visão pois estava com o farol alto ligado; QUE nesse momento uma outra motocicleta indo em sentindo igual ao do comunicante tentou ultrapassá-lo, porém devido a obstrução da luz causada pelo veículo e visando não atingir o veículo, que não sabia se estava perto ou longe pois vinha em sentindo contrário, esse condutor acabou atingindo a parte traseira da motocicleta do comunicante; QUE ambos os condutores foram arremessados de sua motocicleta causando diversas fraturas em ambos (laudo médico em anexo a este B.O); QUE o condutor que vinha do veículo ligou para a equipe do SAMU informando que havia acontecido o acidente automobilístico; QUE a ambulância demorou para chegar ao local, porém como o comunicante não conseguia se mexer preferiu permanecer no local até a chegada da ambulância; QUE PERGUNTADO para a comunicante se ele consegue identificar os condutores dos veículos ou sabe dos nomes de ambos, RESPONDEU: QUE NÃO sabe informar o nome dos condutores, pois no momento estava sentindo muita dor.

QUE o comunicante externa que somente registrou esse B.O na data de hoje (21/09/2020) para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

QUE o comunicante confere e recebe a presente fotocópia desse boletim de ocorrência e nesse ato informo para os devidos fins de direito para o comunicante que ele poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

ASSINATURAS


Hualacy Seelig Soares de Souza

Chefe de Seção
Matrícula 020116684
Responsável pelo Atendimento

Brain Wilson
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

005-2



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

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

2001220896	16/02/2020 01:52:22	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	7
Paciente BRAIN WILSON		Data Nascimento 27/10/2001	Idade 18 A 3 M 20 D	CNS	CPF ⁰⁷	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe ALICIA WILSON	Pai NI	Contato		Ocupação		
Endereço RUA - VILA DO PASSARAO - SN - - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.	Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA			
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

traído pelo irmão por queda de moto
com trauma em coxa direita (PUNHAU EL FORTUNA)

Exame Físico

Estuzado - Glasgow 15
EC 115 - SPO2 98%

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

S. Fisiológico 100% em IV
DIPLOMA 29 W
+ UATL 40mg IV

02:24 ORTOPEDIA

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 16/02/2020 01:54:10





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

BRAIN Wilson

Data: 16, 02, 2020. O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de fêmur prox. ①

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico fix. ext. fêmur ①

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirúrgico

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 cirúrgico

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: Dr. Jovianilos

2º AUXILIAR: Dr. Alvaro

3º AUXILIAR: Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

ANESTESISTAS: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: _____

ANESTÉSICO: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em sala sob efeito anestésico
- ② Amputa, antissepsia e colocação de campos cirúrgicos
- ③ UMC extensiva com IFO, 9% e UTROS
- ④ Fixação da fratura subcondilária de fêmur ① com fixador externo. com auxílio de intensificador de imagens.
- ⑤ Lavagem de hemostasia + sutura.
- ⑥ Curativo.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO

28 2020
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

