



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07084837320208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	12/02/2021 09:07:53

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2783124_CONTESTACAO_0 1 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2783124_CONTESTACAO_A nexo_02 - 1-11.pdf
Anexo - Petição:	2783124_CONTESTACAO_A nexo_02 - 12-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	KIT SEGURADORA LÍDER - 13-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 586.017.322-91 4 - Nome completo da vítima: Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Claudenir Oliveira Cardoso 6 - CPF: 586.017.322-91
7 - Profissão: 8 - Endereço: Itaipu Santarom 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alto Alegre 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69921-278
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68-99983-7750

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-99918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3950 03 CONTA: 00008359 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 03/07/2019 13:29 Data/Hora Fim: 03/07/2019 13:45
 Origem: Polícia Judiciária Data: 03/07/2019
 Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional
 Data/Hora do Fato: 22/06/2019 23:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC) Bairro: Nova Estação
 Logradouro: Rua ao lado do Mercado da avenida Antonia da Rocha Viana

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
21: Lesão corporal dolosa (Art. 129 Caput do CPB)	Não Houve
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1975
 Profissão: Pintor
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Filonilha Figueiredo de Oliveira Nome do Pai: Aldenir José Cardoso

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 586.017.322-91

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: R. Ozanete
 Bairro: Chico Mendes
 Telefone: (68) 99905-3693 (Celular) (68) 98405-2914 (Celular)

Nº: 135



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição SUNDOWN MAS 125	CPF/CNPJ do Proprietário 586.017.322-91
Placa MZV0952	Renavam 00133390152
Número do Motor JCK8094481	Número do Chassi 94J2XDCK88M035067
Ano/Modelo Fabricação 2008/2008	Cor PRATA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
 Impresso por: Francisco Gladson de Menezes Carvalho
 Data de Impressão: 03/07/2019 13:45
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024510/2019

Marca/Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Modelo SUNDOWN/MAX 125 SE

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 27/11/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Claudenir Oliveira Cardoso

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Informa a vítima que estava pilotando sua motocicleta quando tentou desviar um buraco, e foi quando outro veículo que vinha de lado contrário acabou acertando a vítima com a lateral do veículo. Que, o autor fugiu do local não prestando socorro a vítima. Que, a vítima conseguiu ligar para um amigo e foi até o local do acidente. Que, o amigo ligou para o SAMU. Que, o SAMU levou a vítima para o Pronto Socorro. Que, a vítima teve fratura tornozelo esquerdo, joelho esquerdo e fêmur esquerdo. Que, a polícia militar não foi no local, como também não foi confeccionado o BAT. Que, ainda segundo a vítima, não conseguiu observar que tipo de carro era e nem quem estava dirigindo.

ASSINATURAS

Francisco Gladison de Menezes Carvalho

Agente de Polícia
Matrícula 9069616

Responsável pelo Atendimento

Claudenir Oliveira Cardoso

(Vítima / Comunicante)

"Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Karlesso Nespoli Rodrigues

Delegado de Polícia



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
 Impresso por: Francisco Gladison de Menezes Carvalho
 Data de Impressão: 03/07/2019 13:45
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 586.017.322-91 4 - Nome completo da vítima: Claudenir Oliveira Cardoso

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Claudenir Oliveira Cardoso 6 - CPF: 586.017.322-91
7 - Profissão: Professor 8 - Endereço: Itaipu Santarom 9 - Número: 8 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Alto Alegre 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69921-278
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 68-99983-7750

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 68-8405-2914
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: 68-99918-3322

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8950 03 CONTA: 00008359 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(vainhas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO	DOC...	RG235915
IDADE.....	44 ANOS	NASC:	06/03/1975
ENDERECO.....	RUA SANTAREM	SEXO...	MASCULINO
COMPLEMENTO....		NUMERO:	08
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO	BAIRRO:	ALTO ALEGRE
NOME PAI/MAE...	ALDENY JOSE CARDOSO	UF:	AC
RESPONSAVEL...	ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS	CEP...	-
PROCEDENCIA...	ALTO ALEGRE	/FILONILHA	FIGUEIREDO OLIVEIRA
ATENDIMENTO...	ACIDENTE DE TRANSITO	TEL...	32284777
CASO POLICIAL...	NAO	COMPLEV	CIENCIA SIA
ACID. TRABALHO:	NAO	PLANO DE SAUDE....	NAO
		VEIO DE AMBULANCIA:	SIM
		TRAUMA:	SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[]RAIO X[]SANGUE[]URINA[]TC[]LIQUOR[]ECG[]ULTRASSONOGRAFIA[]
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

1. SINAIS CLINICOS: *início em 10* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *___/___/___*
durante a noite, com febre e dor no coração, e depois tosse-hemorragica
e depois na cabeça (E), náuseas (E) e vômito (E)

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 10 mm: 174. Nu, 10.
 8/6/13/15

DIAGNOSTICO: CID: # NP MOMENTO 1/10/10

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
------------	----------------------

1) M — 1000 m 500
2) DITIANA 21 m
3) PATTI 400 m 1000
4) DOL MARI MOCIONA 0 m 1000

Dr. Eduardo R. Rios
Dr. Carlos Lepore
Dr. R. Rios

COPIA
ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE)

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):									
OBITO: [] ATE 48HS		[] APOS 48HS		FAMILIA		IML		ANAT PATOL	

[illegible]

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

3/26/19

Wikipedia

Feil' in Tausche gemacht zu - Feil' in im

100 cm $\times$ 100 cm $\times$ 100 cm

Rodriguez, J. L. observed: Turner, J. D. Turner, J. D.

10/5/2011 11:11 = 5.14

P/ Sutura, Ut: Pociora Picoro (número do M. ca)

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

fls. 57

CLASSIFICAÇÃO

() CLÍNICO
() ODONTO
() PED

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		(110) (18-9) (17) (15-6) (12-4) (10)						Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR:		() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO:	
				Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:			
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

W. 29h DOV entrada na ser, vítima de acidente de trânsito, de natureza, operando com escavação no MMD. Encaminhado para radi x - joelho. após encaminhado para radiografia



CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA
RUA QUINTINO BOCAIÚVA, 299 - CENTRO - CEP 66.900-070



DOCUMENTO 19795053	MEDIDOR	RES COM IND PUS 001.000.000.000	CICLO SETOR ÁGUA E ESGOTO 43 010004 020 0011
CLIENTE 01041280-9 GERALDO RODRIGUES DE SOUSA TRAC SANTAREN A. ALBERT A RIO BRANCO			
DATA DE CANCELAMENTO	13/03/2019	DEBÍTO	CONSUMO COMES
LEITURA ATUAL	31/01/2019	000000	
LEITURA ANTERIOR			
HISTÓRICO DE CONSUMOS FATORADOS			
OUT/2018	000015	JUL/2018	000015
DEZ/2018	000015	JUN/2018	000015
NOV/2018	000015	MAR/2018	000015
AGO/2018	000015	FEV/2018	000015
TARIFAS DE ÁGUA EM M3			

DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS	
VALOR DE ÁGUA	27,71
DATA DE VENCIMENTO	18/03/2019
TOTAL A PAGAR	27,71

ATENÇÃO CLIENTE
PAGUE SUA FATURA ATÉ A DATA DO VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE JUROS MULTAS, E CONSEQUENTEMENTE A INCLUSÃO DE SEU NOME NOS ORÇÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO.

Para cadastro débito auto: 01041280-9

Referência: 03/2019

PARÂMETRO	PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde	Sistema de Distribuição de Água		
		Número mínimo de amostras a serem coletadas	Número de amostras realizadas	Número de amostras fora do padrão
Cor	Máximo de 15 mg Pt-Co/L	163	163	05
Turbidez	Máximo de 5 UNT	163	163	05
Cloro Residual Livre	Mínimo de 0,2 mg/L Cl ₂	163	163	16
Coliformes Totais	Ausência em 95% das amostras	163	163	16
Coliformes Termotolerantes	Ausência em 100% das amostras	163	163	14

Responsável técnico pelo controle de qualidade da água:
FABRÍCIO DA SILVA BEZERRA

O não pagamento até a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrada na próxima conta, e, pro de 1% ao mês e estará sujeito a suspensão do fornecimento.

DOCUMENTO 19795053	DATA DE VENCIMENTO 18/03/2019	TOTAL A PAGAR 27,71
82600000000-8 27710474180-0 32019197950-1 53010412802-5		

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2650338 DATA: 23/06/2019 HORA: 00:29 USUARIO: COSMA
CNS: 898003931896406 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO DOC.: RG235915
IDADE: 44 ANOS NASC: 06/03/1975 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: RUA SANTAREM NUMERO: 08
COMPLEMENTO: BAIRRO: ALTO ALEGRE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -
NOME PAI/MAE: ALDENY JOSE CARDOSO /FILONILHA FIGUEIREDO OLIVEIRA
RESPONSAVEL: ESPOSA - WILIANE TEIXEIRA MARTINS TEL.: 32284777
PROCEDENCIA: ALTO ALEGRE
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

LOS CLINICOS: *Minha mãe* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*
queixas de dor, de cabeça e de costas, de náusea e vômito
e de tontura, de cansaço e de falta de ar

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *10/10*

DIAGNOSTICO: CID: *440.91*

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
1/ M - 1000 mg
2/ DITRANA 20 mg
3/ PARAL 40 mg
4/ DOZ 100 mg
5/ DOZ 100 mg
6/ DOZ 100 mg
7/ DOZ 100 mg
8/ DOZ 100 mg
9/ DOZ 100 mg
10/ DOZ 100 mg
11/ DOZ 100 mg
12/ DOZ 100 mg
13/ DOZ 100 mg
14/ DOZ 100 mg
15/ DOZ 100 mg
16/ DOZ 100 mg
17/ DOZ 100 mg
18/ DOZ 100 mg
19/ DOZ 100 mg
20/ DOZ 100 mg
21/ DOZ 100 mg
22/ DOZ 100 mg
23/ DOZ 100 mg
24/ DOZ 100 mg
25/ DOZ 100 mg
26/ DOZ 100 mg
27/ DOZ 100 mg
28/ DOZ 100 mg
29/ DOZ 100 mg
30/ DOZ 100 mg
31/ DOZ 100 mg
32/ DOZ 100 mg
33/ DOZ 100 mg
34/ DOZ 100 mg
35/ DOZ 100 mg
36/ DOZ 100 mg
37/ DOZ 100 mg
38/ DOZ 100 mg
39/ DOZ 100 mg
40/ DOZ 100 mg
41/ DOZ 100 mg
42/ DOZ 100 mg
43/ DOZ 100 mg
44/ DOZ 100 mg
45/ DOZ 100 mg
46/ DOZ 100 mg
47/ DOZ 100 mg
48/ DOZ 100 mg
49/ DOZ 100 mg
50/ DOZ 100 mg
51/ DOZ 100 mg
52/ DOZ 100 mg
53/ DOZ 100 mg
54/ DOZ 100 mg
55/ DOZ 100 mg
56/ DOZ 100 mg
57/ DOZ 100 mg
58/ DOZ 100 mg
59/ DOZ 100 mg
60/ DOZ 100 mg
61/ DOZ 100 mg
62/ DOZ 100 mg
63/ DOZ 100 mg
64/ DOZ 100 mg
65/ DOZ 100 mg
66/ DOZ 100 mg
67/ DOZ 100 mg
68/ DOZ 100 mg
69/ DOZ 100 mg
70/ DOZ 100 mg
71/ DOZ 100 mg
72/ DOZ 100 mg
73/ DOZ 100 mg
74/ DOZ 100 mg
75/ DOZ 100 mg
76/ DOZ 100 mg
77/ DOZ 100 mg
78/ DOZ 100 mg
79/ DOZ 100 mg
80/ DOZ 100 mg
81/ DOZ 100 mg
82/ DOZ 100 mg
83/ DOZ 100 mg
84/ DOZ 100 mg
85/ DOZ 100 mg
86/ DOZ 100 mg
87/ DOZ 100 mg
88/ DOZ 100 mg
89/ DOZ 100 mg
90/ DOZ 100 mg
91/ DOZ 100 mg
92/ DOZ 100 mg
93/ DOZ 100 mg
94/ DOZ 100 mg
95/ DOZ 100 mg
96/ DOZ 100 mg
97/ DOZ 100 mg
98/ DOZ 100 mg
99/ DOZ 100 mg
100/ DOZ 100 mg

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

3/26/19
Unipeda
FCC em Joelho esquerdo, sem fratura em
Rodriguez obstruindo. Retorno ao Trauma.
p/ Sutura. Ob: Paciente Fico Interno do Neco

ALERGIAS MED.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 PROTOCOLO DE MANCHESTER

fls. 60

CLASSIFICAÇÃO

() CLÍNICO
 () ODONTO
 () PED

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		1 110 1 18-9 1 17 1 15-6 1 12-4 1 10						Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDIÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
 com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

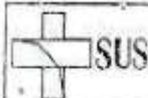
Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às ____:

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

W. 29h DOV entrada na ser, vítima de acidente de trânsito, de natureza, operando com segurança no MMD. Encaminhado para radi x - joelho. após encaminhado para radiografia



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Cláudio de Oliveira Cardoso

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

9- SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- CID, BOE MUNICÍPIO

14- UF

15- CEP

16- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de colisão frontal com
trauma direto em Torax e TNZ. E.
Ao exame físico. Dor. edema ++/++, Neuroprófusio
parietal.

17- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

18- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX. osso Fraco

19- DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

20- CID 10 PRINCIPAL

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de Moleto lateral E. Ulna B.

23- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Internação

25- CLÍNICA

26- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27- DOCUMENTO

28- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- DATA DA SOLICITAÇÃO

31- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Vitor G. G. 23/06/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

33- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

34- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

37- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38- COD. ORGÃO EMISSOR

39- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

40- DOCUMENTO

41- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42- DATA DA AUTORIZAÇÃO

43- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
23/06/19	Exatidão de pulso bolso esquerdo. Waker H. CD: Intimidade.	04: Dita Vio Lima. 02 - Difinidos 500mg Ed C/ 6/6 horas		04: 00 - Paciente correlaciona a intervenção de prática e a sua percepção - hábito de o que ele faz laboral
	Paciente pulso direito em com 100 x 60 secundário do 1º. Voz normal em INZ (E).	03: 1º SFX. 6/6 horas 04: 1º Difinidos 500mg Ed C/ 6/6 horas		
	Ao exame: De volução 44, 11 e perfuração solto e Op.	05: 1º 8/6 horas 06: 1º C/ 6/6 horas 07: 1º Difinidos 500mg Ed C/ 6/6 horas		

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em TNZ. Esquerdo

História da Doença Atual: Trauma direto em
colisão moto. x carro.

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Dor vedemo +f/4+ ADM limitados.
por dor, Neuro perfusões preservadas.

Diagnóstico Provisório: FX de Músculo Lateral (L).

Diagnóstico Definitivo: Ulcera B.

Motivo da Cobrança: _____

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBLLATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERNAÇÃO
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERNAÇÃO
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERNAÇÃO
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
O sonho é possível, o novo é melhor.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: NIR

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: DR. Paulo Roberto Lemos, Cirurgião

Para: Unidade de Pronto Atendimento

Nome do paciente: Francisco de Assis

Hipótese diagnóstica: FX humero lateral (E)

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

22/06/19

Michael

DATA: 22/06/19

ASSINATURA

Marcelo Oliveira Silva
PRM - Ortopedia Traumatologia
CRM 155



CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN AC Nº 012809168492 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
01 00133390152 CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO SANTA LEREAZINHA CHICO MENDES Nº 650 RIO BRANCO-AC 69902235		586.012.322-91 94J2XDCK88H035067 2008 1 2008	
PAS/MOTOCICLO/NOO AELICA SUNDOWN/MAX 125 SE 2P/012ACC/		GASOLINA 2008 1 2008 PRATA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO			
RIO BRANCO-AC 27/11/2018			

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN AC Nº 012809168492 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
01 00133390152 CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO		586.012.322-91 94J2XDCK88H035067 2008 1 2008	
PAS/MOTOCICLO/NOO AELICA SUNDOWN/MAX 125 SE 2P/012ACC/		GASOLINA 2008 1 2008 PRATA	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO * BEN. TRIBUTÁRIO			
RIO BRANCO-AC 27/11/2018			

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

Vítima: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

CPF: 586.017.322-91

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: CLAUDENIR OLIVEIRA
CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91

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: 18/07/2019
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO
CPF: 586.017.322-91

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243593/19

Vítima: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

CPF: 586.017.322-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/06/2019

Titular do CPF: CLAUDENIR OLIVEIRA
CARDOSO

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO : 586.017.322-91

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: 18/07/2019
Nome: CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO
CPF: 586.017.322-91

CLAUDENIR OLIVEIRA CARDOSO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA