

470454



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 449/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 15/08/2018**

COMUNICANTE: GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

RG: 181863 - SSP-RR CPF: 690.216.512-20

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ENDEREÇO: AV. RUA CÍCERO CORREA DE MELO FILHO

Nº 1344/4

BAIRRO: CARANÁ CIDADE: BOA VISTA UF: RR 05 SET 2018

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: PROFESSOR

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE ESTADO: MA

GENTE SEGURADORA S/A

DATA DE NASCIMENTO: 03-05-1981- IDADE: 37 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.SUP.COMP.

ESTADO CIVIL: CASADO - TELEFONE: - N° 991460718- REG. -RR - CNH: 1015324063

NOME DO PAI: JOCENIAS ALMEIDA SANTOS

NOME DA MÃE: MASRIA NASCIMENTO SANTOS

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 23:00MIN do dia 05/04/2018 NA AV. SÃO SEBASTIÃO – TANCREDO NEVES

O comunicante acima qualificado, compareceu a essa especializada na qualidade de procurador do Senhor ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO, RG 164126-SSP-RR, CPF 598.607.402-59, conforme procuração em anexo, para informar que na data, hora e endereço acima descrito, dirigia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ,PLACA NAA 2065 , RENAVAN 00251088898,CHASSI 9C2JC4110AR054343, de sua propriedade , pelo mencionado local, ,quando , segundo o comunicante, ao desviar de um buraco existente na via perdeu o controle do veículo vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda sofreu lesões corporais , que foi socorrido por terceiros e conduzido ao HGR. Informa ainda que este registro é somente para efeito de SEGURO DPVAT. É o registro.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL

OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS.

  
GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas 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 de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

  
Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL  
Mat. 042000372

  
15 ABR 2018  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: comprovante de residência

24/01/2019

Via de Pagamento para o mes/ano: 01/2019 referente a UC: 1333623

**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: 2149821

**MARClA ALBANIRA TRINDADE DA MOTA**

AV JARDIM, 138 , B12 A403-ACAI

CIDADE SATELITE 69317529 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1333623	01/2019	12-DEC-18 a 14-JAN-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
417	01-FEB-19	R\$ 341,73

**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	MÊS	TOTAL A PAGAR
1333623	01/2019	R\$ 341,73

836500000036.41730075003.000000001339.362301190058



18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: carteira de trabalho



Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: carteira de trabalho

DADOS PESSOais DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGUíNEO	DIABETE	HEMOFILIA	
FATOR RH	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SIM	
	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO	
ALERGIAS			
<input type="checkbox"/> SIM			
<input type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ORGAOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993)			
<input type="checkbox"/> SIM			
<input type="checkbox"/> NÃO			
CARTEIRAS ANTERIORES			
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO
263211	0010	PR	03/12/03
09/11/09	Waldebranina Costa da Silveira	Assinatura	01
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CODIGO DO FUNCIONARIO EMISSOR		

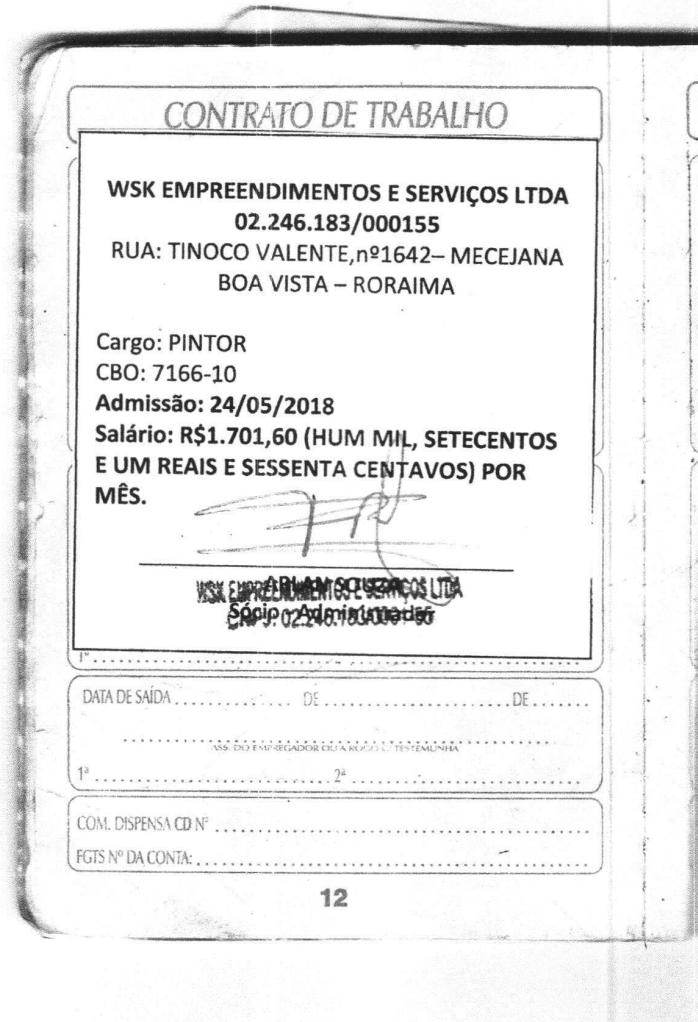
# CONTRATO DE TRABALHO

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADO:	164.914/0001-74
CCC:	CASTELO CONSTRUÇÕES LTDA.
ENDERECO:	Air. Sebastião Diniz, 331 - Centro
MUNICÍPIO:	Boa Vista - Roraima
ESP. DO CARGO:	PEDREIRO
CARGO:	
DATA DE ADMISSÃO:	01 de Fevereiro de 2016
REGISTRO N°:	PF 977 96
FUNDAÇÃO ESPECÍFICA:	Não tenho
1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>
DATA DE SAÍDA:	29 de Abril de 2015
FGTS N° DA CONTA:	08
CON. DISPENSA CD N°:	
FGTS N° DA CONTA:	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CNPJ	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO: <u>Pintor</u>	CBO N.
DATA DE ADMISSÃO: <u>02</u> DE <u>Maio</u> DE <u>2014</u>	
REGISTRO N.	FEB - FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICA	
1º	
DATA DE SAÍDA	
DE	
2º	
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS Nº DA CONTA:	



18/03/2019: INTENDA DE PETIÇÃO DE INICIAL Arg: carteira de trabalho



Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: carteira de trabalho

**ALTERAÇÕES DE SALÁRIO**

UMENTADO EM ..... 01/09/2011	PARA R\$ ..... 1.686,00
MOTIVO ..... Daquele dia ..... x	Assinatura do Empregador
UMENTADO EM ..... 08/09/2011	PARA R\$ ..... 1.686,00
MOTIVO ..... Daquele dia ..... x	Assinatura do Empregador
UMENTADO EM ..... 09/09/2011	PARA R\$ ..... 1.686,00
MOTIVO ..... Daquele dia ..... x	Assinatura do Empregador
UMENTADO EM ..... 01/09/15	PARA R\$ ..... 1.501,87
MOTIVO ..... C.C.T. 2015/2016 DE OBRAS DE ALVENARIA LTDA - CNPJ 233.516.000-50	Assinatura do Empregador
UMENTADO EM ..... 01/09/17	PARA R\$ ..... 1.501,60
MOTIVO ..... Daquele dia ..... x	Assinatura do Empregador
IMENTADO EM ..... / / .....	PARA R\$ .....
MOTIVO .....	Assinatura do Empregador
IMENTADO EM ..... / / .....	PARA R\$ .....
MOTIVO .....	Assinatura do Empregador
IMENTADO EM ..... / / .....	PARA R\$ .....
MOTIVO .....	Assinatura do Empregador

17

**ANOTAÇÕES DE FÉRIAS**

01/02/2010 A 31/01/2011	Assinatura do Empregador
ODO 01/02/2011 a 31/01/2012	Assinatura do Empregador
01/02/2012 A 31/01/2013	Assinatura do Empregador
ODO 01/02/2012 a 31/01/2013	Assinatura do Empregador
Pago ..... /ma ..... Reemborso ..... /ma	Assinatura do Empregador
ODO 20/01/2017	Assinatura do Empregador
Pago ..... /ma ..... Reemborso ..... /ma	Assinatura do Empregador
ODO 20/01/2018	Assinatura do Empregador
..... / / .....	Assinatura do Empregador
ODO .....	Assinatura do Empregador

19

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: declaração de ausência do iml



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO</b>	CPF da Vítima <b>598.607.402-59</b>	Data do Acidente <b>05.04.2018</b>
--	--	---------------------------------------

<b>REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA</b>	<b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b>	CPF do Representante legal
Nome completo do Representante Legal <b>05 SET 2018</b>		Telefone (DDD)
Email <b>GENTE SEGURADORA S/A Av. Cerebá Jólio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR</b>		

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Boa Vista-RR, 20 de Agosto de 2018**  
Local e Data

**A dolo Perícia do Nascento**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: declaração de hipossuficiência

**ADVOCACIA**  
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO, Brasileiro, casado, pintor, portador (a) da cédula de identidade nº 3080780 MIN. DO TRABALHO e inscrita no CPF sob o nº 598.607.402-59 , residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim, nº 138, Bairro. Cidade Satélite , CEP: 69.31.529. Tel: (95) 99157-8998/99161-1748 .

**DECLARO** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 13 de novembro de 2018.

*Adão Pereira do Nascimento*  
**ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO**



**POLEGAR DIREITO**

Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ficha de atendimento

.06/04/2018

...:: Guia de Atendimento 02 ::..

**BLOCO A**

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE**  
**AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**

Visto por: *Rosa Souza* - 06/04/2018

1800932018	05/04/2018 23:29:18	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19:	25
Paciente <b>ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO</b>		Data Nascimento <b>09/03/1975</b>	Idade <b>43 A 0 M 28 D</b>	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc <b>IGNORADO</b>	Documento <b>XXXXXXXXXXXX</b>	Órgão Emissor Data Emissão	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>NAO</b>	Raça/Cor <b>PARDA</b>	Naturalidade <b>INFORMADO</b>
Mãe <b>MARIA PEREIRA NASCIMENTO</b>				NI	Contato <b>(95) 99135-1998</b>	Ocupação <b>NÃO INFORMADA</b>
Endereço <b>AVENIDA - VILA JARDIM Q/ ACAI BL 12 - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR</b>						
Class. de Risco	Plano Convênio <b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento <b>ACIDENTE DE MOTO</b>	Caráter do Atendimento <b>URGÊNCIA</b>	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor <b>GRANDE TRAUMA</b>	Tipo de Chegada <b>VIATURA</b>		Procedimento Sol.			Registrado por: <b>SOUSA</b>
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>GSC</span> <span>TOTAL</span> </div> <p>AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 <b>15</b></p>					
anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	<p><i>Acidente de moto a corte por corte em suágado/cheirostico</i></p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b>  <small>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</small> </div> <p><b>05 SET 2018</b></p>					
Exame Físico	<p><i>notas</i></p>					
Hipótese Diagnóstica	<p><i>Verifica em</i></p>					
SADT - Exames Complementares	<p><input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <b>01 JUN 2018</b> <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:</p> <p><b>PREScrição</b></p> <p><i>Verificar na pág 201</i></p> <p><i>Verificar na pág 201</i></p>					
Condução	<p><input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)</p> <p><input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação</p> <p><input type="checkbox"/> Transferência para: <i>Vitaezeus</i> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :</p>					
Óbito						
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica / / : :				
<p><b>Assinatura do Paciente ou Responsável</b></p> <p><i>Carimbo de Cessar Souza</i>  <i>CRM RR 110</i></p>						
<p>Impresso por: <b>sousa</b>          Data Hora: 06/04/2018 00:12:44</p>						



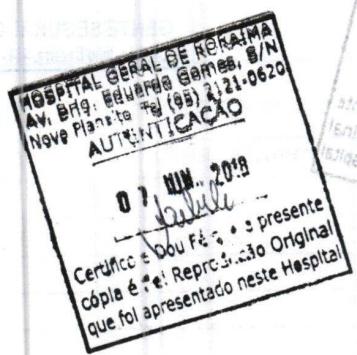
18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ficha de atendimento

06/03/18  
00.30h

Introdução e Anamnese

Paciente do sexo masculino de 43 anos de idade que reside no bairro Cidade Industrial no Rio de Janeiro, RJ. Acometido de dor no lado esquerdo da coxa direita há 1 mês, com intensidade moderada e progressiva, que se intensificou ao longo das últimas 24 horas, com dificuldade para caminhar e dormir. Exames laboratoriais e radiográficos mostraram lesão óssea na articulação do joelho.

Dr. Odinachi Okemoto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1861/RR



Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ficha de atendimento

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	MÍNISTÉRIO DA SAÚDE	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			11 - FONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			15 - UF	16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
<p><i>Levou de Vai direto</i></p> <p><i>03/03/2018</i></p> <p><i>Certifico e Dou Fé que a c/c presente</i> <i>cópia é da Reprodução Original</i></p>			<p><b>ÁREA DE SINISTROS - DPVAT</b> <b>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</b></p> <p><i>05 SET 2018</i></p> <p><b>GENTE SEGURADORA S/A</b> <i>Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Rio das Ostras - RJ</i></p>	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS APRESENTADAS NESTE HOSPITAL				
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
<p><i>Vc de bico mudo de clausula exigente. agravou gásp. I.</i></p> <p><b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>   <b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>   <b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b></p>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA				
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
28 - DOCUMENTO				
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
32 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
AUTORIZAÇÃO				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - N° DO DOCUMENTO				
46 - N° DO DOCUMENTO				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
48 - ASSINATURA E CARMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: ficha de atendimento

*ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO*  
MA-3

UIC



*11)*

DATA DE ADMISSÃO		DIH	05/04/18	DN	09/03/175
PACIENTE	<i>ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO</i>				
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura De clavícula Esquerda</i>				
ALÉRGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	43a	LEITO		DATA 06/04/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6HS SN				
6	TRAMAL 100MG+100mlSF 0.9% EV OU VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E CU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 7UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOS. 3-70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML				
19	EV + AVISAR PLANTONISTA				
20					

ÁREA DE SINISTROS - DPVA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 SET 2018

EVOLUÇÃO MEDICA:

*fo bloco*



Coleta de Exames-HGR

DATA *06/04/18*HORA *14:20*ASS *objete*

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 1851/RR

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

*06/04/18*

SINAIS VITAIS	P	R	P.A	T
6 H	75	26	116 X 73	<i>36.8</i>
	130 X 20	20		36
12 H	82	23	123 X 74	
18 H	13.76	76	36.8	
24 H	130/90	73	36	

Elizangela Martins Pro

Téc. de Enfermagem  
OREN - RR 144.164

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

J6: 50  
P.A: 136 X 76  
FC: 76  
Tx: 36,8°C

**ADVOCACIA**  
CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

**PROCURAÇÃO**

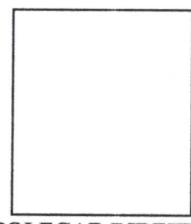
**Outorgante:** Sr. ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO , Brasileiro, casado, pintor, portador (a) da cédula de identidade nº 3080780 MIN. DO TRABALHO e inscrito no CPF sob o nº 598.607.402-59 residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Av: Jardim, nº 138, Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317.529, Tel: (95) 99157-8998 , E-mail: adaodpvat@hotmail.com

**Outorgado:** Dra.MARIA JOSÉ MOTA SANTOS, Brasileira, Solteira, Advogada, OAB/RR sob o nº 2011, com endereço profissional à Avenida Centenário, nº 1074 Bairro: Cinturão Verde, CEP: 69.312-377, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99126-5143, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 13 de novembro de 2018.

*Adão Pereira do Nascimento*  
**ADÃO PEREIRA DO NASCIMENTO**



18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: resposta do sinistro sehurstadora lider



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180410457**

Vitima: **ADAO PEREIRA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **05/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GILVAN NASCIMENTO SANTOS CRUZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180410457**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

*Obs: foi feito audiômetro e posteriormente negado.*

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

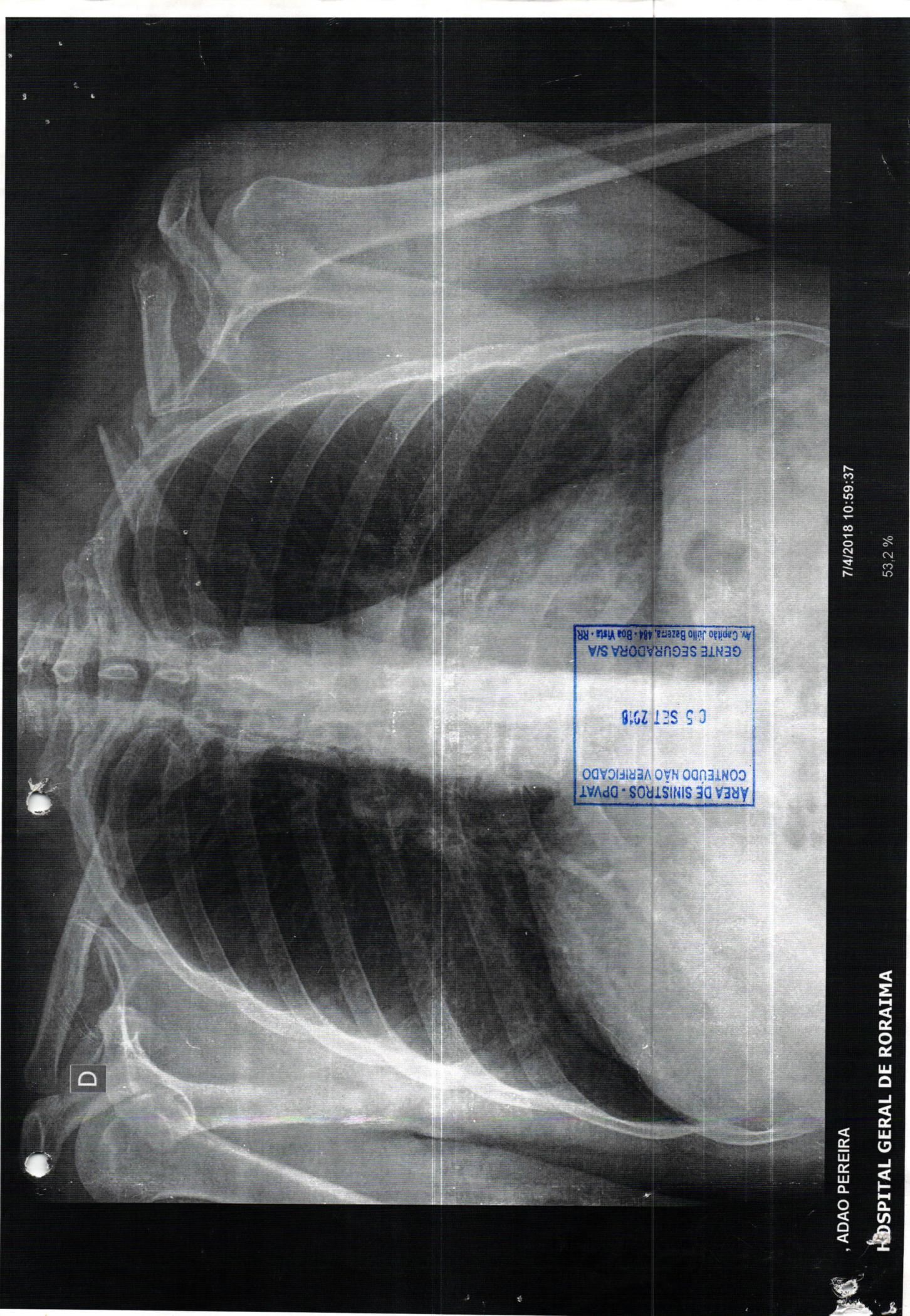
Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Santos:89245903249,

18/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Recurso Extraordinário



, ADAO PEREIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

7/4/2018 10:59:37

53.2 %

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSSR 9R4JQ 7N5Q5 QBDKK

