



Abhner Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Rodrigo Laurena Pereira PROFISSÃO: Professor
ESTADO CIVIL: Casado, FONE: (95) 98123-4479,
E-MAIL: rodrigolaurena@gmail.com RG: 310679-9
SSP- RR e CPF: 868.588.402-06, RESIDENTE À
RUA: Av. Jardim, Ingaí, Bl 12, AP 402 N° 686,
BAIRRO: Cidade Satélite

, pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicium*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 22 de Abril de 2019.



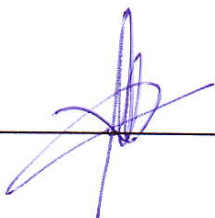
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Rodrigo Laurena Pereira
ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Professor
RG N° 310679-9 SSP/RR CPF: 868.588.402-06
ENDEREÇO: Av. Jardim N° 686, Condomínio
Inga Bl 12, AP 402.

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 22 de Abril de 2019.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
740138722

740138722

ROUBIDO PLASTIFICAR

740138722

NOME
RODRIGO LAURENA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
3106799 SSP RR

CPF
868.588.402-06

DATA NASCIMENTO
01/01/1989

FILIAÇÃO
REGINALDO LOPES PEREIRA
ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA

PERMISSÃO
ACC
C-1 HAR. AD

Nº REGISTRO
35413255017

VALIDADE
19/07/2016

1ª HABILITAÇÃO
31/01/2012

RESERVA-DES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA EMISSÃO
13/05/2013

05053145140
R.206069012

ASSINATURA DO EMISSOR

VALIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 310679-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/11/2003

NOME RODRIGO LAURENA PEREIRA

FILIAÇÃO REGINALDO LOPES PEREIRA
ALCÍONEIDE DA SILVA LAURENA

NATALIDADE TUCURUI - PA DATA DE NASCIMENTO 01/01/1989

DOC ORIGEM CERTO NASC 8.447 FLS 162V LTV A B
02 OF TUCURUI - PA

1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
868.588.402-06

Nome
RODRIGO LAURENA PEREIRA

Nascimento
01/01/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

28 NOV. 2018



CÓDIGO DE CONTROLE
A553.9743.B988.66F1

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:56:36 do dia 20/03/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO CIVIL, TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E PROTESTOS DE TÍTULOS

Tabelião - Bel. Deusdete Coelho Filho
Substitutos - Bela. Rita de Cássia Mello Coelho
 Bela. Maria de Jesus de Souza Rocha
 Bela. Áurea Virginia Mello Coelho
 Bela. Nádia Socorro Pinho Oliveira
Escriventes - José Sales Rebouças

Av. Ville Roy, 5623 - Centro - CEP: 69.301-001 - Tel: (95) 3224-3327 - Fax: (95) 3623-1145 - CNPJ: 84.050.038/0001-69
E-mail: tabdeus1@hotmail.com
Boa Vista - Roraima

CERTIDÃO DE CASAMENTO

Certifico que, no Livro nº B-35, às folhas 225 e termo nº 10631, de ASSENTO DE CASAMENTO deste Tabelionato e Registro Civil das Pessoas Naturais - 1º Ofício, consta que no dia 12/12/2008, às 15:30 horas, foi lavrado o casamento de:

RODRIGO LAURENA PEREIRA e MARIANA NERES CAVALCANTE

contraído perante o Juiz de Paz Dr. Itamar Afonso Lamounier e as testemunhas legais constantes do termo.

ELE, nascido em Tucuruí-PA, ao primeiro dia do mês de janeiro do ano de um mil e novecentos e oitenta e nove, moto boy, domiciliado e residente em Boa Vista-RR, filho de REGINALDO LOPES PEREIRA e ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA;

ELA, nascida em Bacabal-MA, aos vinte e nove dias do mês de novembro do ano de um mil e novecentos e oitenta e oito, vendedora, domiciliada e residente em Boa Vista-RR, filha de MANOEL PEREIRA CAVALCANTE e PATRICIA NERES CAVALCANTE.

A contraente passa a assinar **MARIANA CAVALCANTE LAURENA**

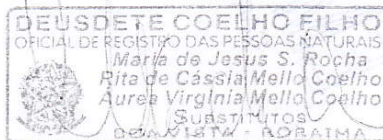
O contraente permanecerá com o mesmo nome **RODRIGO LAURENA PEREIRA**

Foi adotado o regime de **COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS**, de acordo com a Escritura Pública de Pacto Antenupcial lavrada neste Tabelionato no livro 387, às folhas 18..

Foram apresentados os documentos, de acordo com o artigo 1.525, incisos I, III e IV, do Código Civil Brasileiro.

O referido é verdade e dou fé. Boa Vista, Capital de Roraima, 12 de dezembro de 2008. Nádia Socorro Pinho Oliveira, Escrevente Autorizada, digitei. Eu, Deusdete Coelho Filho, Oficial de Registro Civil que a fiz digitar, assino em público e raso.

1ª Via
Qualquer emenda
ou rasura tornará
inválida a presente
certidão.



Marjory C. C. Eshell Brigida
Escrevente Autorizada
Cartório Loureiro

Eletrobras
 Distribuição Roraima

Para contato com a
 Eletrobras, informe
 este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0134394-7

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR N° da Nota Fiscal: 000557953
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13 pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	26/04/2018	352	342,26

ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA
 AV JARDIM 686 B12 A402-INGA CIDADE SATELITE
 RESIDENCIAL VILA JARDIM
 CEP: 69.317-529 - BOA VISTA ROT: 32.001.24.20.292600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh	kVAm		
Atual: 6915		Atual: 11/04/2018	
Anterior: 6563		Anterior: 12/03/2018	
Consumo Medido:		Próxima Leitura:	
Consumo Faturado:			

Classe/Subclasse
 RESIDENCIAL

HISTÓRICO

Mês/ano	consumo
MAR/18	1
FEV/18	1
JAN/18	3
DEZ/17	4
NOV/17	4
OUT/17	3
SET/17	3
AGO/17	3
JUL/17	2
JUN/17	2

TARIFA SEM TRJ
 0 A 352 - 0

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
 QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado.
 193-757502885-5
 12/Jul/2018 HORA DE 13:28:00
 LOT. 33.20404-1 LOCALIDADE: BOA VISTA TERM 041986
 AG. VINCULADA: 3027
 COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 BOA VISTA ENERGIA S/A
 VALOR DO PAGAMENTO: 342,26
 836200000039 422600750000
 000000001347 394704180089
 193-757502885-5

1ª VIA

Mes/Ano Valor R\$
 03/2018 216,44

Energia elétrica a partir de 26/04/2018. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 2AB5.023C.DE02.DDCB.E18B.897F.E639.9BEA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	60,30	Base de Cálculo:	196,70
Energia:	16,48	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	33,43
Encargos:	4,02	Valor do PIS:	0,43
Tributos:	35,90	Valor do COFINS:	2,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

28 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023353/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/06/2018 23:23 Data/Hora Fim: 04/06/2018 23:24
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 01/06/2018 09:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Barro: São Francisco

Logradouro: Av. Major Williams c/ Capitão Julio Bezerra

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: ATAÍDE ALMEIDA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 65

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Branca

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: sem informação

Nome: RODRIGO LAURENA PEREIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Tucuruí

Sexo: Masculino

Nasc: 01/01/1989

Profissão: Professor

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Alcioneide da Silva Laurena

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 868.588.402-06

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Jardim

Nº: 686

Complemento: Inga bloco 12 apto 202

Barro: Cidade Satelite

Telefone: (95) 98402-8305 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, o comunicante acima qualificado compareceu nesta delegacia para informar que, nada acima citada conduzia sua motocicleta Honda Titan 150 cor prata, placa NAV-4100, no endereço descrito acima, que ligou a seta para



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jorgenir da Silva
Data de Impressão: 04/06/2018 23:25
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia


28 NOV. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023353/2018-A01

direita e ao fazer a conversão sofreu colisão da motocicleta Honda POP, cor branca, placa NAZ-5008, que era conduzida pelo senhor Ataíde Almeida. Que o comunicante caiu no chão e fraturou o joelho direito e teve escoriações no tornozelo direito, nas costelas. Que a motocicleta sofreu danos (quebrou o pisca direito, amassou o guidão e o tanque lado direito, rompeu o rolamento da barra da direção.) É o relato

ASSINATURAS



Jorgehir da Silva
Responsável pelo Atendimento



Rodrigo Laurena Pereira
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou(o)a(s) 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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

28 NOV. 2018

Seguradora Líder dos Condôrcios do Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 09.248.008/0001-04 709180422-5

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2012 DATA EMISSÃO: 20/08/2013

PLACA: HONDA/CG 150 TITAN K9

PREMIO TARIFARIO: R\$1.06

PREMIO SEGURO: R\$137.03

PREMIO TOTAL: R\$138.09

DATA DE VALIDADE: 10/07/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 9451478480
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 10
 COD. RENAVAM: 009670457

NOME: MARIANA NERES CAVALCANTE

END: BOA VISTA-RR

PLACA ANTZ: 010AVAN

PLACA: 9C2CK08108R0522782

ESPECIE: HONDA/CG 150 TITAN K9

ANEXO: 2007

CATEGORIA: PARTICU

VEIC. CORR. UNIC: #FAG0*

PREMIO TOTAL (R\$): 138.09

DATA DE VALIDADE: 10/07/2013

RESERVACÕES:

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CCID: 010AVAN

BOA VISTA-RR

Detran/RR
 Diretor - Presidente
Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mariana Neves Cavalcante,
RG nº 214.653, data de expedição 15 / 12 / 98,
Órgão SSP-RR, portador do CPF nº 927.992.992-53, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Av. Jardim
Bloco-12 Ap.402 (3ºmça), nº 686,
Bairro: Cidade Satélite, declaro, sob as penas da Lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Rodrigo Laurena Pereira,
cujo o condutor era Rodrigo Laurena Pereira.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA - CG 150 TITAN - KS

Ano: 2007

Placa: NAV - 4100

Chassi: 9C2 KC0810BR052782

Data do Acidente: 02 / 06 / 2018

Local e Data: Boa Vista/RR, 28 / 08 / 2018.

x Mariana Cavalcante Laurena
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILLE ROY, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL.: (95) 3624-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[E233GJ2] - MARIANA CAVALCANTE LAURENA

SBP Em testemunho M da verdade Boa Vista, 28/08/2018
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345WSGT91AY1A1V1T38
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaselorr.com.br>
CPF Solicitante: 92799299253

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
[E233XIB2] - RODRIGO LAURENA PEREIRA

SBP Em testemunho M da verdade Boa Vista, 28/08/2018
Emol: 2,40, FUNDEJURR: 0,24, FISC: 0,12, FECON: 0,12, ISS: 0,12
Selo: REC FIR 158345PAMCYK11O1028V95
Consulte seu selo: <https://cidadao.portaselorr.com.br>
CPF Solicitante: 92799299253



Margory C. C. Esbell Briglia
Escritoriente Autorizada
Cartório Loureiro

28 NOV. 2018

01/06/2018

... Guia de Atendimento 02 ...

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



1800959912	01/06/2018 09:39:12	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	
RODRIGO LAURENA PEREIRA	01/01/1989	29 A 5 M 0 D	706701599111915	86858840206	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	3106799	SESP/RR		M	SOLTEIRO(A)BRANCA
Mãe	Pal	Naturalidade	Contato	Nacionalidade	
ALCIONEIDE DA SILVA LAURENA	REGINALDO LOPES PEREIRA	TUCUMA - PA	(95) 98402-8305	BRASILEIRA	
Endereço	Ocupação				
AVENIDA - JARDIM - PREDIO INGÁ - BL 12 - APT 402 - 686 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR	PROFESSOR				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		DANIEL VIANA		

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC	TOTAL
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	19

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Acidente motor a moto. Do joelho (D) + náuseas

Exame Físico
ABCD OK E. do joelho + associação febre

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
 RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>Dipirona 0,5 amp / Eparalona</i>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Horizonte - RR (95) 2121-0620 ATENDIMENTO 01 JUN 2018	
<i>Paracetamol 0,5 amp</i>		
<i>Tilatil 0,5 amp</i>		

Conduta
 Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: *outop.* Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito
 Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML (Anatomia Patológica) / / / /
 Médico CRM-RR 1501

Assinatura do Paciente ou Responsável _____ Carimbo e Assinatura do Médico _____

Impresso por: daniel.viana
 Data Hora: 01/06/2018 09:40:58



28 NOV. 2018

Ortopedia - Dr. Bruno F

Planta com um pedalo fixo
travando o pé
em posição e em unido.

cd. Ortopedia + unido +
fixado em H (10)

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2209

28 NOV. 2018



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Rayssa Bernas

uso case

① Paracetamol 7,5g — 64
Tomar 01 cp 12/16h os dias

② Apapinas 500mg — 10cp
Tomar 01 cp 6/6h se
prec.

Dr. [Signature]
Osteomédico
CRP 12345

DATA 01 de 13

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO

28 NOV. 2018



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Rodrigo Lourenço

Roraima

foi atendido no () Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE (UNACON,

no dia ____/____/____ às ____:____ horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.

() necessita de 30 (Trinta) dias () de licença médica.

CID:

Boa Vista,

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n. Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0635, 2121-0611

28 NOV. 2018

NOME: RODRIGO LAURENA PEREIRA

MÉDICO: BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS

Nº. Controle: RM 03 SUS



CLÍNICA RADIOLOGICA OLIVEIRA
Resp. Tec: Marcelo Botelho de Oliveira CRM-RR/RQE 682

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

Exame realizado com aquisição nos diversos planos e seqüências, evidenciando:

Estrutura óssea conservada.

Tendão quadricipital e patelar sem alterações aparentes.

Leve espessamento e heterogeneidade de sinal do ligamento cruzado anterior, sugerindo lesão parcial/estiramento. ✓

Ligamento cruzado posterior e colaterais com morfologia e sinal normal.

Alteração difusa da morfologia e do sinal do corno posterior do menisco lateral, acometendo à borda livre e a periferia, sugerindo rutura. ✓

Foco de hipersinal no corno posterior do menisco medial, sem extensão para à superfície articular, sugerindo meniscopatia degenerativa.

Ausência de derrame articular significativo.

Cartilagem patelar e retináculos da patela sem alterações aparentes.

Planos musculares e tecido celular subcutâneo de configuração normal.

Correlacionar com dados clínicos.

Boa Vista, 02 de julho de 2018

✉ clinicaccrx@hotmail.com clinicaccrx@gmail.com

☎ (95) 3224 - 7999 (95) 3224 - 0485 (95) 3623 - 1091 Fax


☎ (95) 99122 - 2122 Vivo (95) 98119 - 0555 Tim

"O presente laudo é uma impressão subjetiva das imagens geradas de acordo com o pedido médico e das informações clínicas contidas nesse pedido. Em caso de informações clínicas adicionais por escrito, novas considerações poderão ser emitidas. Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento."

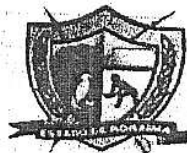

Marcelo Botelho de Oliveira CRM RR 682

Paulo Ernesto Coelho de Oliveira CRM RR 095

Camilo Botelho de Oliveira CRM RR 1355


Larissa Barbosa Lago de Freitas CRM RR 1620

28 NOV. 2018



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Rodrigo Laurens

— Proflam . 100g — 1 CX.
(Tomar 1 comp 12/12 H)

Dr. Walter Cruz Coita
Médico - CRM-RR 1330
19 NOV 2018

DATA / /

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO

28 NOV. 2018



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Francisco Francisco

ps H.C. m

ps pronto soc

*ps
ps*

*Carimbo: 27/11/18
Roraima*

DATA 27/11/18

[Faint signature and stamp]

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 · Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO **POVO**

28 NOV. 2018



GOVERNO DE RORAIMA
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: Abdys Laurence Pinto

RECEBUEIRO

Av. Insp

CID 5837 + M37

pequeno problema de ventos e vertigem

e dor pelo e no olho com +

musculatura

dentos os insetos para

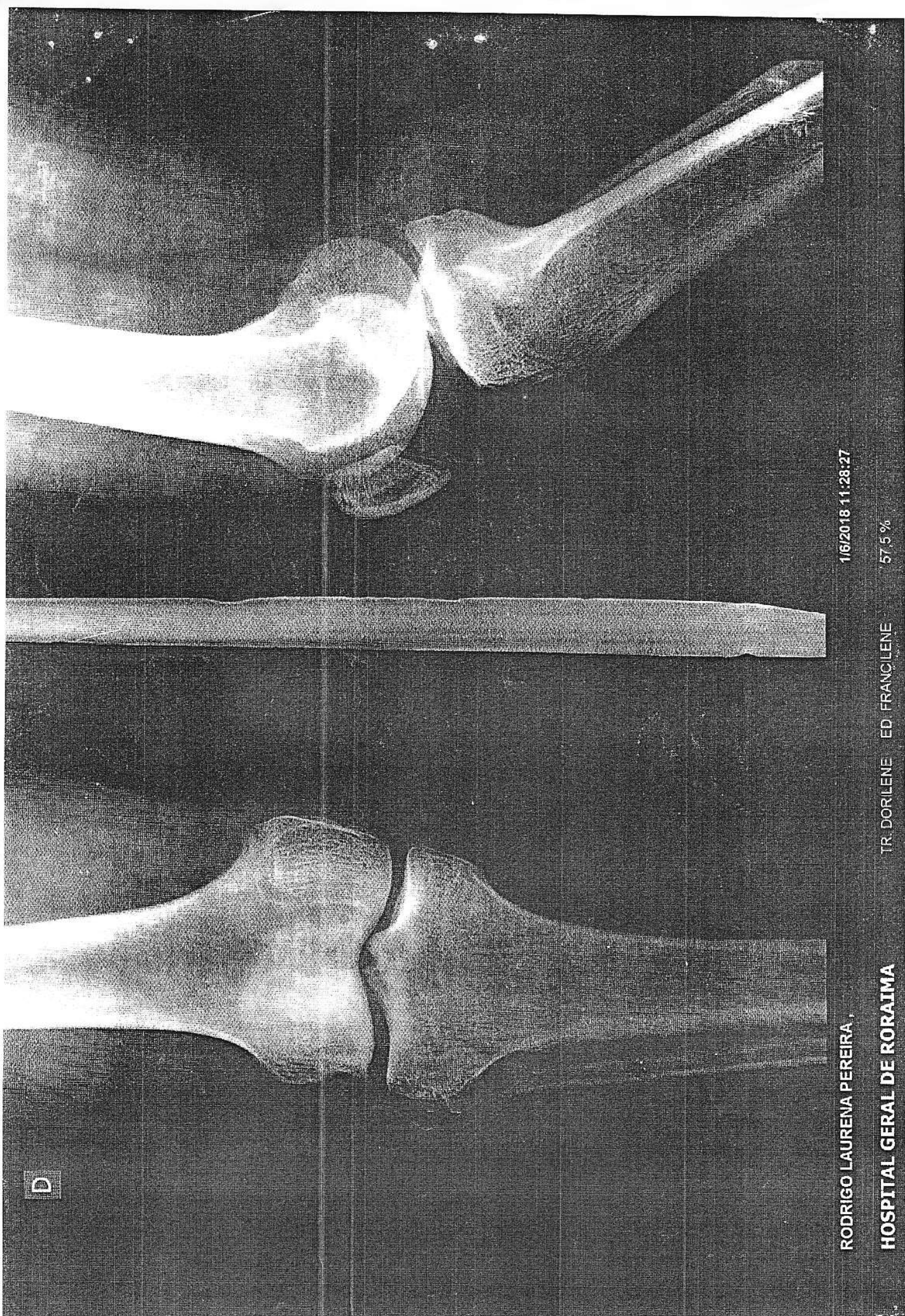
Arquivos para

Su DT 14

Dr. Primo E. Santos
Otorrinolaringologia e Traumatologia
CRM/1047
Título de Especialista
R. 10-193

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto 606 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.001-150 - CNPJ: 04.013.400/0001-00

28 NOV. 2018



D

1/6/2018 11:28:27

57,5 %

TR. DORILENE ED. FRANCLENE

RODRIGO LAURENA PEREIRA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vitima

Nome completo da vitima

868.588.402-06

Rodrigo Laurana Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rodrigo Laurana Pereira	CPF titular da conta 868.588.402-06	Profissão Professor
Endereço Av. Jardim	Número 686	Complemento B32 A 402
Bairro Cidade Galitite	Cidade Boa Vista	Estado RR
Email ilvrrr@hotmail.com		CEP 69.317-529
		Telefone (DDD) (95)98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
6953		04860	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO		
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 interdita 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

Rodrigo Laurana Pereira

CPF da Vítima

868.588.400-06

Data do Acidente

01-06-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28 NOV. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jloir Inácio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 383.051.512 / 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rodrigo Laurena Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 868.588.402 / 06 do sinistro de DPVAT cobertura anual dez da Vítima Rodrigo Laurena Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 868.588.402 / 06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua: Antonio Pinheiro Galvão</u>		<u>1832</u>	<u>Ap. 04</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bunhos</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>RR</u>	<u>69.309-209</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>albirrr@hotmail.com</u>		<u>(45) 98125-9538</u>	

Boa Vista 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

28 NOV. 2018



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vitima

Nome completo da vitima

868.588.402-06

Rodrigo Laurana Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rodrigo Laurana Pereira	CPF titular da conta 868.588.402-06	Profissão Professor
Endereço Av. Jardim	Número 686	Complemento B32 A 402
Bairro Cidade Gatilite	Cidade Boa Vista	Estado RR
Email ilovrr@hotmail.com	CEP 69.317-529	Telefone (DDD) (95)98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

6953

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

04860

(Informar dígito se existir)

D/V

7

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, 28 de Novembro de 2018

Local e Data

Rodrigo Laurana Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564153

Vítima: RODRIGO LAURENA PEREIRA

Data do Acidente: 01/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO LAURENA PEREIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0057100572 - carta_03 - INVALIDEZ



00070286

Carta nº 13670613

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
 Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
 R. Senador Dantas 74, 5º andar
 Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1
TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 2.531,25
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	1/6/2018 a 1/5/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	1/6/2018 a 13/5/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	334 dias	1,045658
Percentual correspondente	334 dias	4,565845 %
Valor corrigido para 1/5/2019	(=)	R\$ 2.646,82
Juros(346 dias-12,16048%)	(+)	R\$ 321,87
Sub Total	(=)	R\$ 2.968,69
Valor total	(=)	R\$ 2.968,69

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	2.531,25		
Data inicial	1/6/2018		
Data final	1/5/2019		
Periodicidade	Mensal		
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.		
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
1/6/2018	1/7/2018	1,1100 (%)	2.559,35
1/7/2018	1/8/2018	0,6400 (%)	2.575,73
1/8/2018	1/9/2018	0,1300 (%)	2.579,08
1/9/2018	1/10/2018	0,0900 (%)	2.581,40
1/10/2018	1/11/2018	0,5800 (%)	2.596,37
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	2.601,30
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	2.597,14
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	2.604,93
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	2.613,79
1/3/2019	1/4/2019	0,5400 (%)	2.627,90
1/4/2019	1/5/2019	0,7200 (%)	2.646,82

Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(346 dias-12,16048%)	(+)	R\$ 321,87
Sub Total	(=)	R\$ 2.968,69
Valor total	(=)	R\$ 2.968,69

Retornar Imprimir