

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES** Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 227759 SSP/RR e inscrita no CPF/MF sob o nº 727.859.262-34, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua S 10 QUADRA 05 , Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-586, Tel. (95) 99154-3069 / 99122-0709.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, 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.

Boa Vista/RR, 11 de fevereiro de 2019.


NOÉLIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDADEM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1540653492

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540653492

RORAIMA

DE NATRAN **CONTRAN**

RR

NORLEA SANGUSTIANA FERREIRA GOMES

DOC. IDENTIFIC. (CNH) EMISSOR
227755-858 RR

CPF
227.859.262-34

DATA NASCIMENTO
23/01/1982

PLACAO

ANA AMELIA FERREIRA GOMES

PERMISSAO

Nº REGISTRO
02869417420

VALIDADE
01/10/2022

1ª EMISSAO
29/03/2009

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
Norleia Sangustiana Ferreira Gomes

LOCAL
ROR. VISTA, RR

DATA DE EMISSAO
25/10/2017

ANTONIO FRANCISCO DEBERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

11885643876
RR209347198

Via de Pagamento para o mes/ano: 08/2018 referente a UC: 926825

<http://www.elektrobrasroraima.com/segundavia/fatura.php>



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO -
BOA VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1248952

FABIANA DA SILVA

R. S, 10 , Q 5

CIDADE SATELITE

69317586 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
926825	08/2018	12-JUL-18 a 14-AUG-18
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
190	26-AUG-18	R\$ 100,49

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



ELEKTROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA
AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA
VISTA
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
926825	08/2018	R\$ 100,49

836900000016.004900750003.000000000927.682508180051



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES** Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 227759 SSP/RR e inscrita no CPF/MF sob o nº 727.859.262-34, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua S 10 QUADRA 05 , Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-586.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 11 de fevereiro de 2019.


NOÉLIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036010/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/09/2018 12:04 Data/Hora Fim: 11/09/2018 13:15
Origem: Polícia Judiciária Data: 11/09/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 01/08/2018 13:20

Local do Fato

Município: Caracarái (RR)
Logradouro: Rua: Cândido de Sá

Bairro: São José Operário

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1527: Morte acidental de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES (ENVOLVIDO, VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Presidente Dutra Sexo: Feminino Nasc: 23/01/1982
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ana Amelia Pereira Gomes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 727.859.262-34

Endereço

Município: Caracarái - RR
Logradouro: Rua: Vereador Alberto Barbosa Nº: 990
Complemento: Casa
Bairro: São Jorge
Telefone: (95) 99154-3069 (Celular)

Nome Civil: GALDINO PEREIRA GOMES (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 23/07/1936
Profissão: Aposentado
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Josefa Alves Pereira Nome do Pai: Pedro Gomes Ferreira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4441
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 030.906.122-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036010/2018

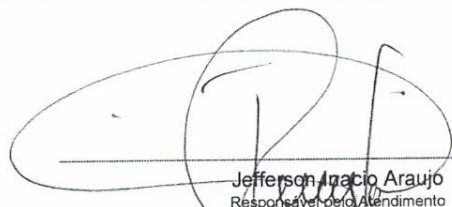
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam* 1144912838	Placa NAP-3922
Número do Chassi 9C2KC2200JR141437	Ano/Modelo Fabricação 2018/2018
Cor Vermelha	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Modelo HONDA/CG 160 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Noelia Sangustiana Pereira Gomes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que é habilitada (Nº 02860417420), compareceu nesta Delegacia para informar: Que conforme hora, data e local descritos acima, transitava na motocicleta também descrita acima que está em nome de seu Irmão NEULIMAN PEREIRA GOMES, CPF 630.514.942-91. Que seu Tio GALDINO era transportado como passageiro na garupa da motocicleta. Que em um determinado cruzamento ocorreu uma colisão com outra motocicleta. Que não sabe informar as características da outra motocicleta, pois a mesma evadiu-se. Que tanto a comunicante, como o Senhor GALDINO sofreram lesões corporais e foram resgatados pelo SAMU. Que a comunicante sofreu lesões no pé esquerdo. Que o Senhor GALDINO ficou internado desde o dia do acidente até o dia 24.08.2018, dia que recebeu alta. Que horas depois ainda no dia 24.08.2018, seu GALDINO passou mal e veio dar entrada de novo no HGR, vindo a falecer no dia 06.09.2018, ainda em decorrência das lesões sofridas no acidente. Que posteriormente ficou sabendo que quem conduzia a outra motocicleta era a Senhora MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA VIEIRA, moradora de sua mesma rua naquele município e também conhecida por SHIRLEY ou CHIRLEY e que não possui habilitação. QUE A COMUNICANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR NESSE MOMENTO. É o registro.

ASSINATURAS


Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento




Noelia Sangustiana Pereira Gomes
(Envolvido / Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e de que eu 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.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



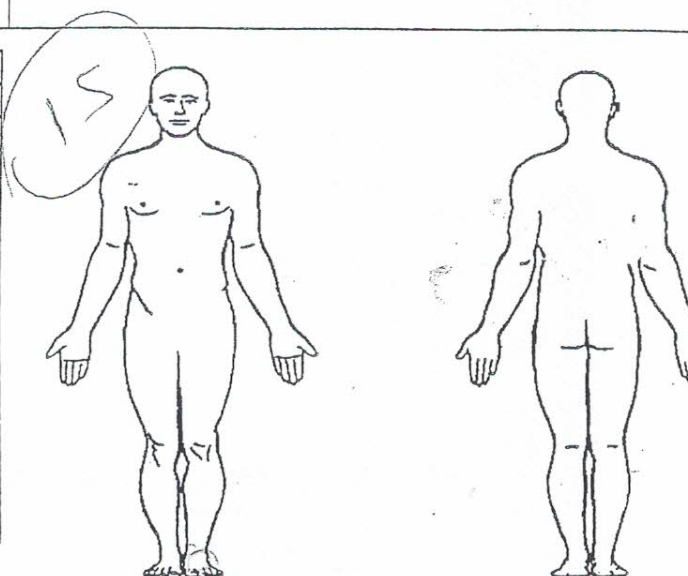
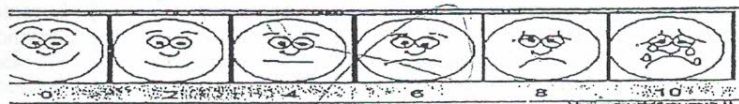
FICHA DE ATENDIMENTO									
Unidade: <u>SAMU</u>		Equipe: <u>Suziane e Stama</u>							
Paciente: <u>Thelma Agostiana Pereira</u>		Idade: <u>38</u>		Sexo: ☐ M ☐ F					
Nacionalidade: <u>BR</u>		Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia							
Endereço: <u>Rua Cardo de Sa Se ...</u>									
Ponto de referência:									
AVALIAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (ocorrida no local)	Nº	DATA <u>01/08/18</u>			HORA DO AÇIONAMENTO: <u>13:26</u>				
	Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM:				HORA CHEGADA NA UNIDADE: <u>13:40</u>				
	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO								
	MECANISMO DE TRAUMA								
	AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA		OUTROS		
	☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		☐ Uso do cinto ☐ Vítima projetada ☐ Vítima encarcerada ☐ Air Bag ☐ MOTO/BICICLETA ☒ Acidente com moto X <u>moto</u> ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta		☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:		
	AVALIAÇÃO INICIAL								
	Vias Aéreas		Ventilação		Circulação		Aval. Neurológica		
	☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☐ Eupnéico		☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa		☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente (Assistolia)		☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Au ☐ Otorréia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcooliza		
	SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	
Início	<u>13:26</u>	<u>80</u>				<u>4/6</u>			
Fim	<u>13:56</u>	<u>x</u>							
AVALIAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na via)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA								
	Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdom			
	☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distensão ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração			
	Pelve	Coluna Dorsal	Membros						
	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações			☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento			
	AVALIAÇÃO CARDÍACA		AVALIAÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA REGRESSA				
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular Outros	☐ Digestiva ☐ Infeciosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Aborto	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros			
	GRAVIDADE COMPROVADA		☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ MORTE ☐ INDETERMINADA				
					☐ OUTRO				
	INCIDENTE	Assinatura e Carimbo Médico e Enfermeiro (Unidade de Destino)				MULTIPLS MEIOS AÇIONADOS			
☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:				☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:					
DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA									

FICHA DE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE	
3 p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
[] Com cartão [] Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO

Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
	Estímulo verbal	3 pontos
	Estímulo doloroso	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto
Melhor Resposta Motora (M)	Obedece a comandos	6 pontos
	Localiza dor	5 pontos
	Flexão normal (retirada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO

Tramite encaminhado para atender a paciente
Geli Agostina Pereira, 35 anos, a mesma
sofreu um acidente de trânsito sem lesões
mas com um corte grave no tórax, metatarse
e os palanges. Levada ao hospital local.

01/08/2018

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



1800989580	01/08/2018 18:14:55	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19
Paciente	NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES	Data Nascimento	23/01/1982	Idade	36 A 6 M 9 D
CNS	898003019952516	CPF			
Orgão Emissor	SESP/RR	Data Emissão	09/05/2000	Sexo	F
Estado Civil	SOLTEIRO(A)	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	PRESIDENTE DUTRA BRASILEIRA
Pai	NAO DECLARADO	Contato	(95) 99164-2778		
Endereço	VER. ALBERTO BARBOSA - 990 - CENTRO - CARACARAI - RR				
Ocupação	NÃO INFORMADA				
Class. do Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
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	DEMANDA ESPONTANEA		DANIEL SILVA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h

Exame Físico

Acidente de trânsito de moto (prossus por les)
em caminho de casa
em praça

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

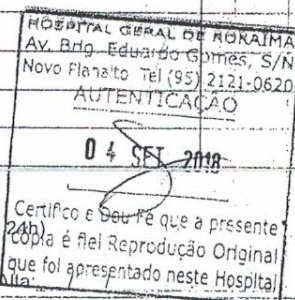
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

1) Dexametazona 1mg (iv)
2) Fitoftil 400mg (iv)



Conduta

- ☐ Alta por Decisão Médica
- ☐ Alta a Pedido
- ☐ Alta a Revolução
- ☐ Transferência para:

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

óbito

Antes do 1º Atendimento?

☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: daniel.silva
Data Hora: 01/08/2018 18:16:52

Marcio Freire
Médico
ROR 1543



1800989580



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE CARACARAÍ

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Wolke S. Pereira

Paciente que sofreu acidente
de moto, sofrendo ferimento
no pe esquerdo atingindo
planos profundos - PA: 120/80

Feito compressão na ferida

Favor avaliar por ortopedista

Feito Tmoral 100 mg

Morfina 4 mg

SF 09 - 500

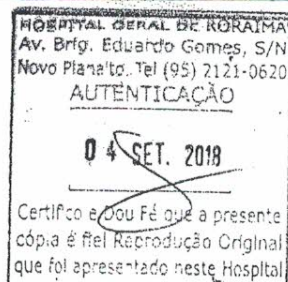
Cefalotina

Dr. Hans-Hernández Pérez
CRM - 1866

DATA: 18/2018

Assinatura e Carimbo

R: P-2 S/N Bairro Santa Luzia/ CARACARAÍ



NEGADO



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, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180573611

Vítima: NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), NOELIA SANGUSTIANA PEREIRA GOMES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00759/00760 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13720523