



BRHENNER DONNER
ADVOGADO | OAB/RR 1.880

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Outorgante: JOSÉ RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, produtor rural, portador do documento de identidade RG sob o nº 124.958 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 605.968.562-53, residente e domiciliada na Rua Flamboian , nº 836, Jardim Primavera, nesta cidade de Boa Vista/RR.

Outorgado: BRHENNER DONNER ARAUJO DE BRITO, inscrito na OAB/RR sob Nº 1.880, residente em Boa Vista-RR, com escritório localizado à RR 205, Nº 4993 – Cidade Satélite – Boa Vista-RR, Telefone: (95) 98101-7965, endereço eletrônico: brhennerdonner.adv@gmail.com, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o (a) 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 e todas as Repartições públicas da União, Estados e Municípios, bem como Órgãos a estes ligados direta ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, com poderes da cláusula “**ad judícia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber alvará/valores e dar quitação.

Boa Vista - RR, 4 de setembro de 2019.

JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS

CPF: 605.968.562-53

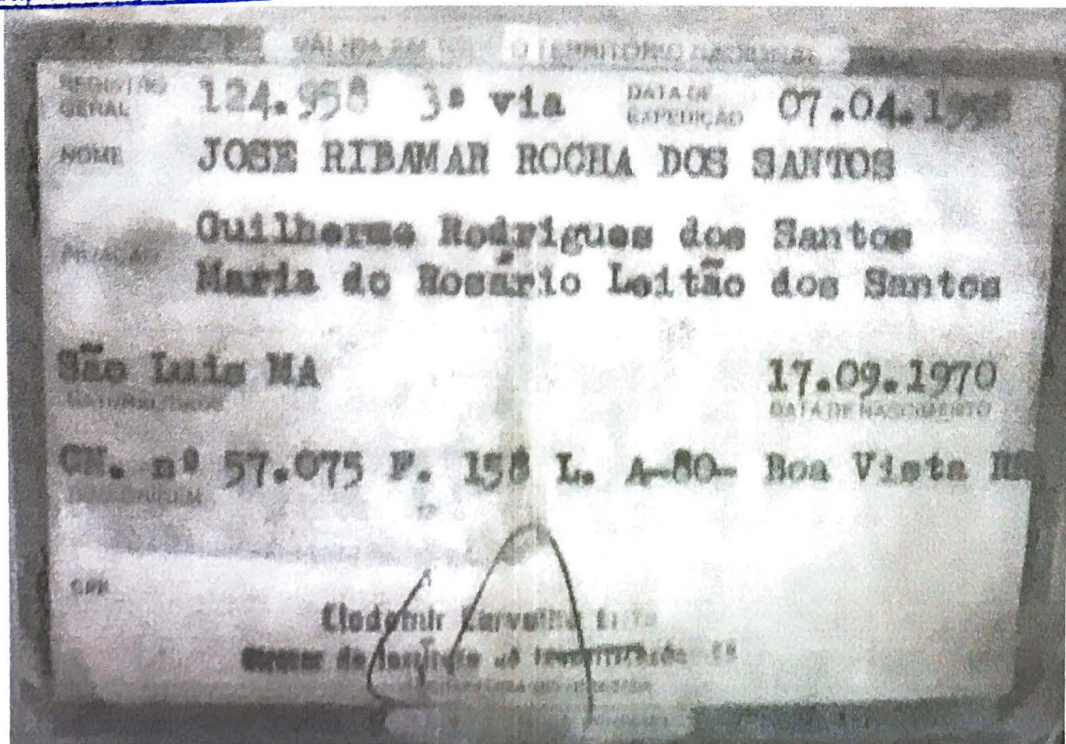




ÁREA DE MINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR





BRHENNER DONNER
ADVOGADO | OAB/RR 1.880

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

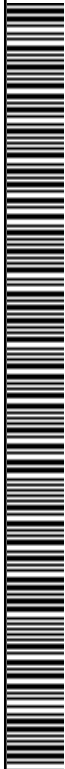
JOSÉ RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, produtor rural, portador do documento de identidade RG sob o nº 124.958 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 605.968.562-53, residente e domiciliada na Rua Flamboian, nº 836, Jardim Primavera, nesta cidade de Boa Vista/RR.

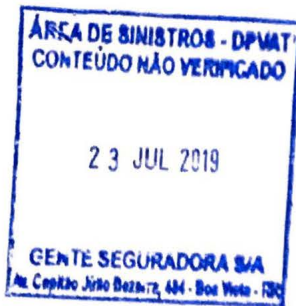
Declara que, não pode arcar com as despesas e/ou custas processuais sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, por isso requer seja-lhe concedido os benefícios da Justiça Gratuita para dispensá-lo dos pagamentos de custas e de todas as despesas processuais que se fizerem mister, com isto necessitando do abrigo conforme preceitua os artigos, 5º, LXXIV c/c o art. 98 do CPC.

Boa Vista – RR, 4 de setembro de 2019.

JOSÉ RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS

CPF: nº 05.968.562-53





Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0039391-6

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal 002364625

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 308/13

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	06/03/2019	202	307,37

JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS
R. FLAMBOIAN 836 JARDIM PRIMAVERA
CPF: 00060596856253

CEP: 69.314-184 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.02.088400

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	32896		Atual: 15/02/2019
Anterior:	32694		Anterior: 18/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 15/03/2019
Consumo Medido:	202		Emissão: 14/02/2019
Consumo Faturado:	202	FCAM	Apresentação: 15/02/2019

NORMAL

28

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2202921	N 1511001	1.1.1.2	217

HISTÓRICO kWh	Mês/ano consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA
JAN/19	210	CONSUMO 202 A R\$ 0,782157 = 157,99
DEZ/18	196	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,18
NOV/18	228	CORRECAO MONETARIA IGP (2X) 4,79
OUT/18	235	MULTA POR ATRASO DE IL (2X) 2,37
SET/18	0	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X) 0,73
AGO/18	0	MULTA POR ATRASO (2X) 8,14
JUL/18	0	PARCELAMENTO DE DEBITO 4/8 102,46
JUN/18	0	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X) 8,79
MAI/18	0	ILUMINACAO PUBLICA 21,92
ABR/18	0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 202 - 0,634625

MESSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/03/2019, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 261,39 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	291,59	

BEM-VINDO A RORAIMA ENERGIA - JUNTOS VAMOS CONSTRUIR UMA EMPRESA CADA DIA MELHOR! ESTA FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA FOI EMITIDA PELA RORAIMA ENERGIA.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO - 9C5E.0011.12AF.0FDC.F529.526C.1493.77D0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 39,69	Base de Cálculo: 157,99
Energia: 84,15	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 26,85
Encargos: 4,37	Valor do PIS: 0,52
Tributos: 29,78	Valor do COFINS: 2,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
2,80 5,00 1,66

FLORESTA

12/2018

64,30

ROT: 11.001.19.02.088400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0039391-6

TOTAL A PAGAR - R\$
307,37

MÊS FATURADO
02/2019

VENCIMENTO
06/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002364625 FCAM

83660000003 5 07370075000 0 00000000039 8 39160219008 7



Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

<https://www.rr.getran.com.br/sve/frota/consulta/local/consulta-loc>

Consulta de Veiculos na Base Local

Consulta Local por Placa: NAJ9952

Situação: 1-EM CIRCULACAO/VEICULO EM ATENDIMENTO

DADOS DO VEICULO

Placa: NAJ9952 Chassi: 9C2JD20203R001819 Renavam: 00798582057 Remarcado(S/N): N
Município: 00301-BOA VISTA Marca/Mod: 014907-HONDA/NXR125 BROS ES
Procedência: 1 - NACIONAL Tipo: 04-MOTOCICLETA Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 02-GASOLINA Ano Mod/Fab: 2003 / 2003
Cor: 04-BRANCA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0124
Carroceria: 999-NAO APLIC Nº Motor: JC30E93001819 Nº Câmbio: 000553164
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico: Selo Idoso:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 23/01/2008 Taxi: NAO Ano Último Licenciamento: 2018
Ind. Restrição: 9997 - SEM RESERVA DE DOMINIO

Número de autorização:

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: ALBENE DA COSTA LIMA CPF/CNPJ: 803.468.803-78
Endereço: R JUNDIA Nº: 885 Bairro: SANTA TEREZA
Complemento: CASA Cidade: BOA VISTA Cep: 69314128
Data Aquisição 0km: 14/02/2003 Valor 0km: 5768,00
Data Transferência: 10/01/2008 Valor: 4500,00 Nº Doc. Aquisição:

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

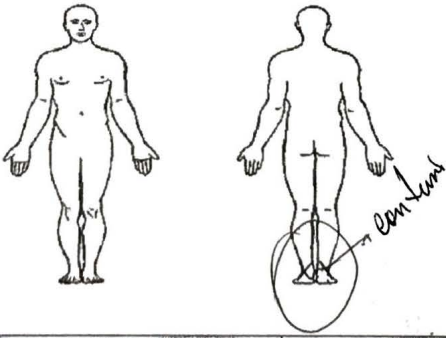
Nome: RAIMUNDO ALVES DA SILVA CPF/CNPJ: 515.645.052-00
Endereço Anterior: BOA VISTA UF: RR

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 24/01/2008 Nº CRV: ***** Data CRLV: 07/02/2018 Nº CRLV: 012920091079





FICHA DE ATENDIMENTO		Nº	C562
EQUIPE SAMU BV		UNIDADE: BRAVO II	
Paciente: JOE RIBEIRO ROCHA DOS SANTOS		Idade:	49 anos
Sexo:		M	
Raza: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia		Bairro: J. Primavera	
Endereço: Rua Flaminia c/ Sagitário			
Nº	5120	DATA	31/03/19
Médico (a) Regulador (a):	Dr. Francisco	HORA J/B:	10:29
MOTIVO INICIAL	Trauma Lom / Carro / moto	HORA J/10:	10:39
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (X) 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()		BASE () VIA (X) () RÁDIO () CELULAR	
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA			
<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica			
<input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transfusão			
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAF <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Exame complementar			
<input type="checkbox"/> Agressão física - FAB <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Urgência clínica <input type="checkbox"/> Outros			
ACIDENTE DE TRÂNSITO			
VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança
AVALIAÇÃO INICIAL			
VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente <input type="checkbox"/> Pulso central ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Extremidade	<input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
SINAIS VITAIS E ESCORES			
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm
Início 10:50	130x80	96	18
Fim 11:09	130x80	95	18
Set O2 %	98%		
T. Axilar °C			
Glicemia			
Esc. visual "DOR"			
Glasgow			15
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA			
LESÃO IDENTIFICADA			ABERTURA OCULAR
<input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Fratura exposta <input type="checkbox"/> Amputação <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Afundamento de crânio <input type="checkbox"/> Ferimento penetrante <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Enfisema subcutâneo <input type="checkbox"/> Ferida aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento <input type="checkbox"/> Outros			<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Ao comando <input type="checkbox"/> A dor <input type="checkbox"/> Sem resposta
RESPOSTA VERBAL			
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> Sem resposta			
RESPOSTA MOTORA			
<input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> Localiza a dor <input type="checkbox"/> Movimento de retirada <input type="checkbox"/> Flexão anormal <input type="checkbox"/> Extensão anormal <input type="checkbox"/> Sem resposta			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Asistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Infeciosa <input checked="" type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso
GRAVIDADE COMPROVADA			
<input type="checkbox"/> Ileso <input checked="" type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Óbito			
INCIDENTES		MEIOS ACIONADOS	
<input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Hospitalização <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Trote		<input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN	
RCP		DESTINO	
<input type="checkbox"/> Iniciada as: <input type="checkbox"/> Término às: <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso		<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento / HGR <input type="checkbox"/> Pol Cosme e Silva - PCC5 <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HC5A <input type="checkbox"/> HMINSB <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros	

PERTINÊNCIA 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:
	TESTEMUNHA 01: RG:
	TESTEMUNHA 02: RG:



GESTANTE							
Idade Gestacional:	<input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes	<input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	<input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min.	<input type="checkbox"/> Com cartão de gestante					
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s	<input type="checkbox"/> Sem cartão de gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laríngea	<input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca	<input type="checkbox"/> Imobilização de fraturas				
<input type="checkbox"/> Cânula de Guegel	<input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie	<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Curativos				
<input type="checkbox"/> Cateter nasal: L/min	<input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica	<input type="checkbox"/> Headblock	<input type="checkbox"/> Parto vaginal				
<input type="checkbox"/> Máscara facial: L/min	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/> Prancha longa	<input type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal	<input type="checkbox"/> Descompressão torácica	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> Outros:				
<input type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n°	<input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n°	<input type="checkbox"/> Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA

maternidade digitalizada:
04 parâmetros de risco P

— da " " " OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS

31.03.19 - Período de internamento p/ o controle de maturação feto-materna (deslizes de parto/mor), os cuidados no local clínico foram prestados com o auxílio de 49 anos, sexo M, 2076, que nos relatou que o parto ocorreu de modo cirúrgico, o mesmo relatou estar c/ alergia na região dos membros inferiores devido uma contusão nos membros, foi aferido SSVU, paciente em bom estado de saúde e transcorreu conforme regulamento 192.

Obs: Mãe não desambolou até a UTR, relatou que ele não pôde retirar seu capote.

PROJUDI - BV
CONFLITO COM
10/04/19
Stephanie

Ministério da Saúde
Coordenador de Atendimento
Carmen 519 705 - TE

31/03/2019

Guia de Atendimento 17

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass		Reclassificação <input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass	
1901091365	31/03/2019 11:16:21	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07:19 9	
Paciente JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS		Data Nascimento 17/09/1970		Idade 48 A 6 M 14 D		CNS 709608680057773	
CPF 00166263		Prontuário		Tipo Doc Documento		Órgão Emissor Data Emissão SSP/RR	
Sexo M		Estado Civil SOLTEIRO(APARDA)		Raça/Cor BRASILEIRA		Naturalidade	
Mãe MARIA DO ROSARIO LEITAO		Pai GUILHERME RODRIGUES DOS SANTOS		Contato (95) 99112-1257		Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço RUA - PIRAIBA - 7801 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Temp	
Queixa Principal		Sintoma		Sintoma		Sintoma	
Queda de moto		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem Nega alergias		Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) BEG		Exame Físico BEG, LOTE 1000		Hipótese Diagnóstica contusão? Sotrose de tornozelo	
SADT - Exames Complementares <input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:		PRESCRIÇÃO 1) Flupiridina 2g (EU) 2) Tilatil 40mg (EU)		APAZAMENTO 14:35 Szoniin		OBSERVAÇÃO	
Conduta <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia		Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____		óbito Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Destino: Ortopedia	
Assinatura do Paciente ou Responsável 31 MAR 2019		Assinatura do Médico Dra. Adélio Gai Costa CRM-RR 1988		Assinatura do Médico Carimbo de Assinatura do Médico CRM-RR 1988		Assinatura do Médico Carimbo de Assinatura do Médico CRM-RR 1988	
Impresso por: claudeci.rodrigues Data Hora: 31/03/2019 11:17:12		Assinatura do Médico Carimbo de Assinatura do Médico CRM-RR 1988		Assinatura do Médico Carimbo de Assinatura do Médico CRM-RR 1988		Assinatura do Médico Carimbo de Assinatura do Médico CRM-RR 1988	



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 008812/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/05/2019 08:34 Data/Hora Fim: 30/05/2019 08:38
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM SERIE J Nº 810469 Data: 31/03/2019
Delegado de Polícia: Emerson Luiz Freire

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 31/03/2019 10:50

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Jardim Primavera

Logradouro: rua flamboian com rua sagitario

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: FRANCISCO JACO ALVES (ENVOLVIDO)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Pedro II Sexo: Masculino Nasc: 24/06/1954
Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Luzia Maria da Conceição Nome do Pai: Goncalo Jaco Alves

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 127939

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 179.148.923-00

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua; José francisco

Nº: 630

Bairro: asa branca

Telefone: (95) 99128-6447 (Celular)

Nome Civil: MAURO MARIANO FERREIRA DE NORONHA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade: 42
Profissão: Auxiliar de Produção
Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: quadra 61, lote 218

Bairro: joão de barro

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Sgt Pm Darleugo

Endereço

Município: Boa Vista - RR



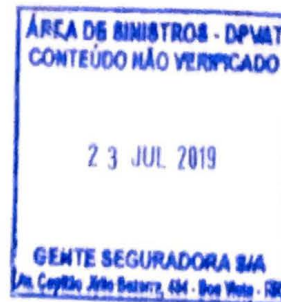
Delegado de Polícia Civil: Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 30/05/2019 08:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008812/2019-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 803.468.803-78	Placa NAJ9952
Renavam 00798582057	Número do Motor JC30E93001819
Número do Chassi 9C2JD20203R001819	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor BRANCA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR125 BROS ES
Modelo HONDA/NXR125 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 23/01/2008	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Mauro Mariano Ferreira de Noronha	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 179.148.923-00	Placa NAJ4073
Renavam 00149161930	Número do Chassi 9BG258RNLKC010183
Ano/Modelo Fabricação 1990/1989	Cor BRANCA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo GM/CHEVROLET D20	Modelo GM/CHEVROLET D20
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 15/09/2016
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Jaco Alves	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

CONFORME ROPPM: Fomos acionados via Ciops para atendimento de uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local constatamos os fatos: Onde segundo os envolvidos, o item 01 (MAURO) transitava pela Rua Flamboian conduzindo seu V01 (honda/bros) no sentido>Rua Antares, quando veio a colidir na lateral direita do V02 (D-20) que era conduzida pelo item 02 (FRANCISCO) e veio a cruzar sua frente, onde o item 02 seguia pela Rua Sagitário no sentido>Parque Aquático, vindo o item 01 a sofrer lesões. Informo que o item 01 foi atendido e socorrido por uma equipe do Samu, sendo conduzido ao pronto socorro estadual com fratura no braço esquerdo, segundo informações do samu. Informo ainda que o local do fato não foi violado, comparecendo o PERITO GEOVANE e realizando o trabalho pericial. Informo também que o referido cruzamento não é sinalizado com PLACAS DE PARE, em nenhum dos sentidos das vias, onde o item 01 estava à direita do item 02. Após os procedimentos, o item 02 foi orientado e liberado com seu V02, já o V01 foi liberado a SRª MARIA GRACILENE LEITAO DOS SANTOS (esposa do item 01), que compareceu ao local, (não havendo guincho para remoção no momento). Apresento-vos este ROP para conhecimento e providências. ERA O QUE TINHA A INFORMAR.



Delegado de Polícia Civil Emerson Luiz Freire
Impresso por: Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Data de Impressão: 30/05/2019 08:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008812/2019-A01

ASSINATURAS

[Handwritten signature: Jorge Fernando Paiva Figueiredo]
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) 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."

[Handwritten stamp: CONFÉRMIDOR]
MAT: 42000787





, JOSE RIBAMAR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

31/3/2019 12:04:49

79.9 %





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, 05 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190442665**

Vítima: JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS

Data do Acidente: 31/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS

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

Carta nº 14665684

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: PJD55 TP9QS MA2HE WC59Y