



BRHENNER DONNER
ADVOGADO|OAB/RR 1.880

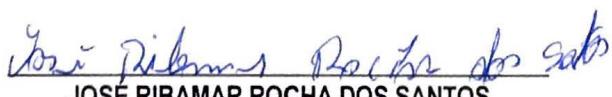
PROCURAÇÃO AD JUDICIA

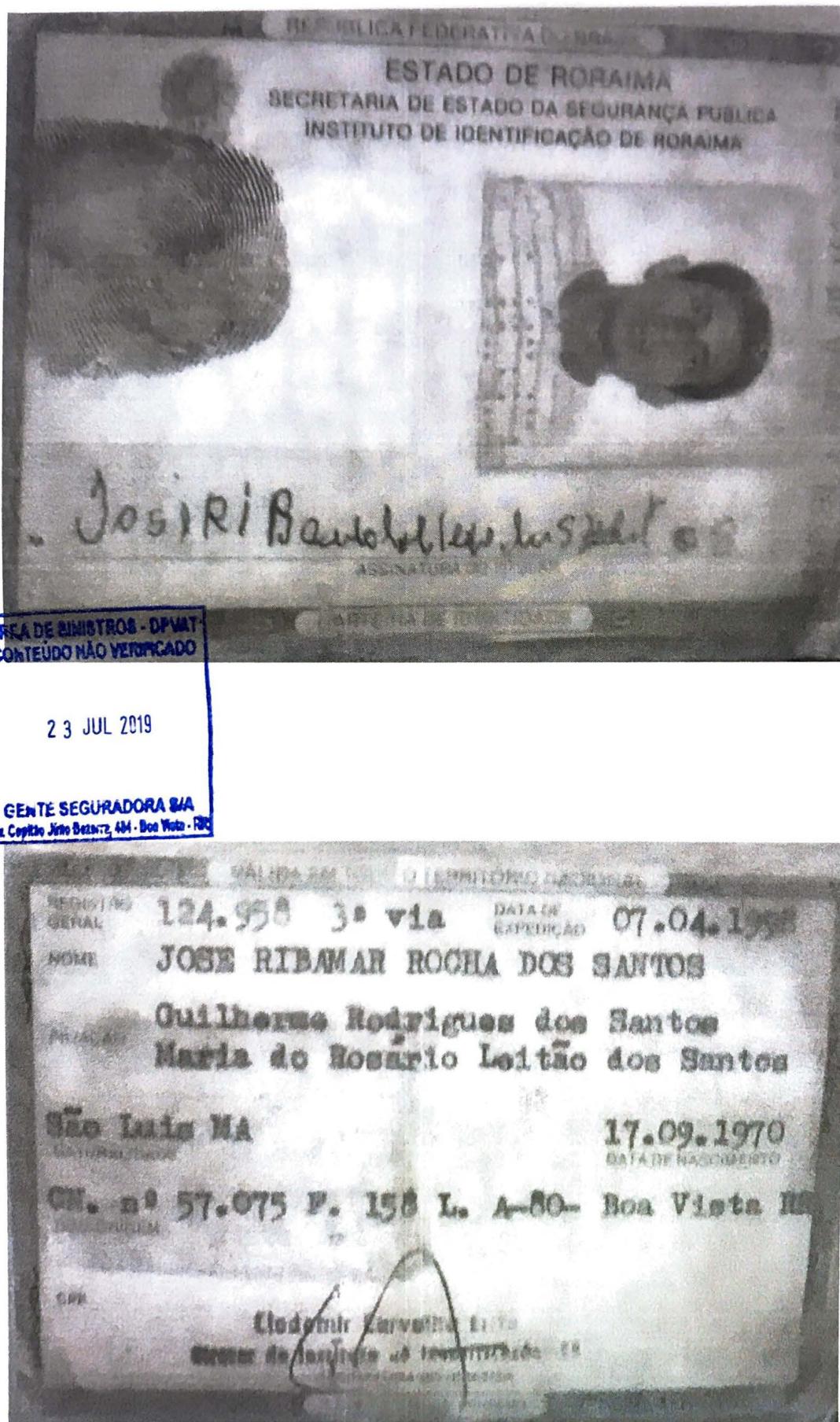
Outorgante: JOSÉ RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, produtor rural, portador do documento de identidade RG sob o nº 124.958 SSP/RR e inscrita no CPF sob nº 605.968.562-53, residente e domiciliada na Rua Flamboian , nº 836, Jardim Primavera, nesta cidade de Boa Vista/RR.

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: brhenniferdonner.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 direita ou indiretamente, seja por delegação, concessão ou outros meios, 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 alvará/valores e dar quitação.

Boa Vista - RR, 4 de setembro de 2019.


JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS
CPF: 605.968.562-53





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
JOSÉ RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS
CPF: nº 05.968.562-53

r Donner Araujo de Brito:01897539274,

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Comp. Residencia 2.pdf

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

GENTE SEGURADORA SIA
 Centro Jiro Bozelli, 484 - Boa Vista - RR

Eletrobras
 Distribuição Roraima

Para contato com a
 Eletrobras, informe
 este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0039391-6

Eletrobras Distribuição Roraima
 Av. Capitão Ene Gómez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 002364625

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAMES	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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classe/Subclasse BI Número Medidor 2202921 N 1511001 1.1.1.2 217

RESIDENCIAL

HISTÓRICO kWh				
Mês/Ano	CONSUMO	202 A R\$ 0,782157 =	157,99	
JAN/19	210	(2X)	0,18	
DEZ/18	196	CORRECAO MONETARIA DA IL (2X)	4,79	
NOV/18	228	MULTA POR ATRASO DE IL (2X)	2,37	
OUT/18	235	JUROS DE MORA POR ATRASO (2X)	0,73	
SET/18	0	MULTA POR ATRASO (2X)	8,14	
AGO/18	0	PARCELAMENTO DE DÉBITO 4/8	102,46	
JUL/18	0	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	8,79	
JUN/18	0	ILUMINACAO PÚBLICA	21,92	
MAI/18	0			
ABR/18	0			
TARIFA SEM TRIBUTOS:				
	0 A 202 - 0,634620			

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
01/2019	Valor R\$ 291,59

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/03/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e/ou reavaliada(s) no valor de R\$ 281,99 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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	Aliquota 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

12/2018 64,30

ROT: 11.001.19.02.088400

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0039391-6	307,37
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
02/2019	06/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 002364625 FCAM

8366000003 5 07370075000 0 0000000039 8 39160219008 7

Sistema SVE- CONSULTA LOCAL

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

Consulta de Veículos 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		Especie: 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

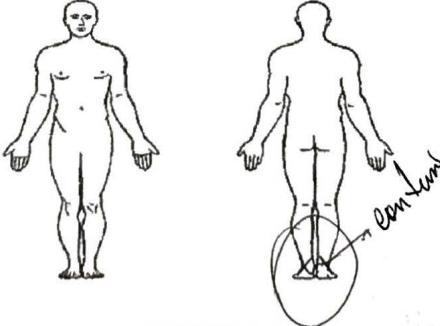
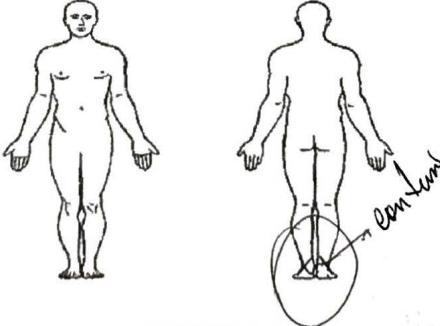
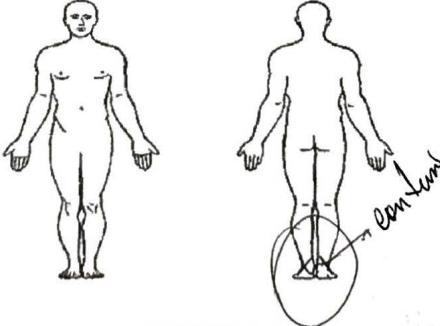
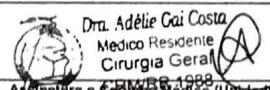
DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

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



r Donner Araujo de Brito:01897539274,

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia atendimento SAMU.pdf

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO																												
23 JUL 2019																												
FICHA DE ATENDIMENTO N° C562 EQUIPE SAMU BV BRAVO II EQUIPE UNIDADE Nome paciente / chamele / paciente Idade: 49 anos Sexo: F GENTE SEGURADORA/BIA Av. Capitão João Dantas, 404 - Bairro: Centro Endereço: Rua Flamboyant c/ Sagitário Bairro: J. M. Mauá Nº: 5120 DATA: 31/03/19 Médico (a) Regulador (s): Dr. Francisco HORA J/9: 10:19 BASE () VIA () () RÁDIO MOTIVO INICIAL: Trauma lio / carro / moto HORA J/10: 10:39 () CELULAR INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> 4 a 24 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>																												
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica <input type="checkbox"/> Quelmadura <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> Agressão física / espacamento <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Choque elétrico <input type="checkbox"/> Transferência <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 <table border="1"> <tr> <th>VÍTIMA</th> <th>MEIO DE LOCOMOÇÃO</th> <th>OUTRA PARTE ENVOLVIDA</th> <th>ITENS DE SEGURANÇA</th> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado </td> <td> <input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta </td> <td> <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança </td> </tr> </table>		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"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança																			
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"/> Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Micro-ônibus	<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Assento para criança																									
AVALIAÇÃO INICIAL <table border="1"> <tr> <th>VIAS AÉREAS</th> <th>VENTILAÇÃO</th> <th>CIRCULAÇÃO</th> <th>AVAL. NEUROLÓGICA</th> </tr> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Outro: </td> <td> <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia </td> <td> <input type="checkbox"/> Bradicardico <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 </td> <td> <input type="checkbox"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase (A) <input type="checkbox"/> Anisocoria (D) (E) <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora </td> </tr> </table>		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"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico <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"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase (A) <input type="checkbox"/> Anisocoria (D) (E) <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																			
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"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia	<input type="checkbox"/> Bradicardico <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"/> Taquicardico <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase (A) <input type="checkbox"/> Anisocoria (D) (E) <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora																									
SINAIS VITAIS E ESCORES <table border="1"> <tr> <th>Hora</th> <th>P.A mm/hg</th> <th>F.C Bpm</th> <th>F.R Mpm</th> <th>Sat O₂ %</th> <th>T. Axilar °C</th> <th>Glicemia</th> <th>Esc. visual "DOR"</th> <th>Glasgow</th> </tr> <tr> <td>Inicio</td> <td>10:00</td> <td>130x80</td> <td>96</td> <td>/</td> <td>98%</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td>11:09</td> <td>130x80</td> <td>95</td> <td>/</td> <td>98%</td> <td>/</td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table>		Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow	Inicio	10:00	130x80	96	/	98%	/	/	15	Fim	11:09	130x80	95	/	98%	/	/	
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow																				
Inicio	10:00	130x80	96	/	98%	/	/	15																				
Fim	11:09	130x80	95	/	98%	/	/																					
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA <table border="1"> <tr> <td rowspan="2"> LESÃO IDENTIFICADA <input checked="" type="checkbox"/> Dor 2 - Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros </td> <td rowspan="2">  </td> <td rowspan="2"> ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta </td> </tr> <tr> <td> RESPONSA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta </td> </tr> <tr> <td rowspan="2"> RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta </td> </tr> </table>		LESÃO IDENTIFICADA <input checked="" type="checkbox"/> Dor 2 - Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros		ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta	RESPONSA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta																						
LESÃO IDENTIFICADA <input checked="" type="checkbox"/> Dor 2 - Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Contusão 4 - Escoriação 5 - Lacerção 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros					ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea 3 - Ao comando 2 - À dor 1 - Sem resposta																							
		RESPONSA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta																										
RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta																												
	AVALIAÇÃO CARDIÁCA AFEÇÃO CLÍNICA HISTÓRIA PEGRESSA <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> JEV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia </td> <td> <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Digestiva </td> <td> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ajergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> JEV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ajergias <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso																							
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> JEV <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Flutter Atrial <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Assistolia	<input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Digestiva	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ajergias <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																												
 Dra. Adélia Gai Costa Médico Residente Cirurgia Geral Assinatura e Códigos Médicos (Unidade de Destino)																												
INCIDENTES <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"/> Trofeu																												
MEIOS AÇÃOANDOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN																												
RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término às: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso																												
DESTINO <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 - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																												

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia atendimento SAMU.pdf

PERTENCE 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:		
	TESTEMUNHA 01:	RG:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão Júlio Bezerra, 104 - Boa Vista - RR

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 da gestante			
BCF:	<input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s			<input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
<input type="checkbox"/> Aspiração	<input type="checkbox"/> Máscara laringea	<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 checked="" type="checkbox"/> Cesárea de emergência				
<input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	<input type="checkbox"/> Dreno de tórax	<input type="checkbox"/> Tiritentes	<input type="checkbox"/> Imobilização de luxação				
<input type="checkbox"/> Intubação traqueal	<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

*maternais multigrávida:
- 04 partos de menina P
- 02 " " "*

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

31.03.19 - Reclamante por ocorrência de maternidade (maternidade Váculas de carro/ponto), por chegarem no local clinico. Fêmea gravida com seis partos de 49 anos, sexo M, 2076, que nos relatou ter o passageiro da motocicleta, o mesmo relatou estar com alguma na região dos ombros e/ou cotovelos D/G, devido a uma contusão nos mesmos, fui aferido 55/70, paciente em curva a hora de trânsito conforme Regulamento 192.

Obs: Vítima descreveu que a VTR, relata que este é o seu próprio resultado seu capete.

*10-04-19
Stephanie*

*Matrícula: 11.419/2006
Caren: 519.765-7F*

r Donner Araujo de Brito:01897539274,

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento HGR.pdf

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

1 ^ª Classificação		Reclassificação	Reclassificação
Vermelho		Vermelho	
Laranja		Laranja	
Amarelho		Amarelho	
Verde		Verde	
Azul Ass		Azul Ass	

Reclassificação	
Vermelho	
Laranja	
Amarelho	
Verde	
Azul Ass	

Reclassificação	
Vermelho	
Laranja	
Amarelho	
Verde	
Azul Ass	

1901091365	31/03/2019 11:16:21	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07:19 9	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
JOSE RIBAMAR ROCHA DOS SANTOS		17/09/1970	48 A 6 M 14 D	709608680057773	00166263		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade	
IDENTIDADE	124958	SSP/RR		M	SOLTEIRO(A)PARADA	BRASILEIRA	
Mãe					Pai	Contato	
MARIA DO ROSARIO LEITAO		GUILHERME RODRIGUES DOS SANTOS (05) 99112-1257				Ocupação	
Endereço	RUA - PIRABA - 7801 - SANTA TEREZA - BOA VISTA - RR					NÃO INFORMADA	
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					Pressão	
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL				CLAUDECI RODRIGUES		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Buada de moto</i>						
Anamnese de Enfermagem	<i>Nega alergias</i>						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO GENTE SEGURADORA S/A <i>Av. Capital Jairo Boaventura, 464 - Boa Vista - RR</i>				GSC AO 1234 RV 12345 MRV 123456	
Exame Físico		<i>BEG</i> <i>BEG, LOTE 1aaa</i>				23 JUL 2019	
Hipótese Diagnóstica	<i>contusão? Fator de tornozelo D</i>						
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS						
PRESCRIÇÃO		<i>1) Flupirina 2g (1)</i> <i>2) Tilatil 40mg (1)</i>		jeito	ABALIZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
		<i>1/5</i> <i>2/5</i>					
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: <i>Ortopedia</i>						
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saida/Alta: / / /						
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não	Destino: <i>PAAR Família</i> <i>Av. J. A. de Barros, 1.500 - Centro, 66011-0620</i> <i>Belo Horizonte - MG - Brasil - Fone: (31) 3211-0620</i>						
Assinatura do Paciente ou Responsável		<i>Dra. Adélie Gai Costa</i> <i>CRM-RN 1988</i> <i>CRM-MG 1988</i> <i>CRM-PE 1988</i> <i>CRM-ES 1988</i> <i>CRM-SC 1988</i> <i>CRM-PR 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> <i>CRM-AM 1988</i> <i>CRM-RR 1988</i> <i>CRM-PI 1988</i> <i>CRM-CE 1988</i> <i>CRM-FR 1988</i> <i>CRM-AL 1988</i> <i>CRM-BA 1988</i> <i>CRM-MT 1988</i> <i>CRM-GO 1988</i> <i>CRM-DF 1988</i> <i>CRM-RO 1988</i> 					



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 flamboiano com rua sagitario

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO JACO ALVES (EN VOLVIDO)

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 (EN VOLVIDO)

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 Darieugo

Endereço

Município: Boa Vista - RR



12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Boletim de Ocorrencia



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

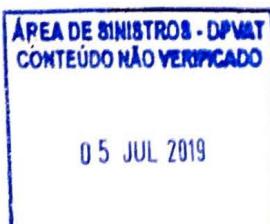
Nome Envolvido	Envolvimentos
Mauro Mariano Ferreira de Noronha	Possuidor

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 Flamboyan 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 SR^a 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

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Boletim de Ocorrência



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008812/2019-A01

ASSINATURAS

J. DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo

Responsável pelo atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

*COLEGIADO
DELEGADO
MAT: 90000 787*



er Donner Araujo de Brito:01897539274,

12/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Raio-X



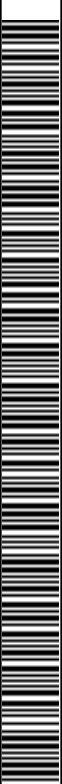
31/3/2019 12:04:49

79,9 %

JOSE RIBAMAR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.jrrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJD9 P4Y2Z ETTWU G8K6A





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