

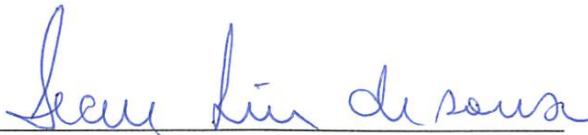
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: IVAN LIMA DE SOUSA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da CTPS 01953 SÉRIE:0016 UF:MA, inscrito no CPF sob nº. 881.759.793-72, residente e domiciliado Rua Jorge Dias Carneiro nº 1084, Alvorada - Boa Vista/RR, CEP – 69317-232.

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo, nº 2187, Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (95) 3625-0238.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula “ad Judicia”, mais os ressalvados no art. 105, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, **requerer a benesses da justiça gratuita nos termo do art. 105 do CPC**, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 23 de novembro de 2020.


IVAN LIMA DE SOUSA

Testemunha: _____

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, **IVAN LIMA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da CTPS 01953 SÉRIE:0016 UF:MA, inscrito no CPF sob nº. 881.759.793-72, residente e domiciliado Rua Jorge Dias Carneiro nº 1084, Alvorada - Boa Vista/RR, CEP – 69317-232., DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos art. 99 §3º, do CPC, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Boa Vista/RR, 23 de novembro de 2020.



IVAN LIMA DE SOUSA





**MINISTÉRIO DO TRABALHO**
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **01943** Série **0015 MA**

João Lima de Sousa
ASSINATURA DO PORTADOR





QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *João Lima de Sousa*

Loc. Nasc. *B. Ponta Maranhão* Est. *MA* Data *11/11/82*

Filiação *Municipal de Ponta Maranhão*

Doc. nº *05559/MS-35198843-5 exp. 27.08.95*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. nº

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão *09.03.99* DRT *Barra de Ponta*

Darcília Carvalho de Oliveira
Assinatura do Preenchimento
Aux. Sedor CTPS

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria de Receita Federal

CPT - CADASTRO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nome *JOÃO LIMA DE SOUSA*

Nº de inscrição **881788783-72**







		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação: _____		Reclassificação: _____		Reclassificação: _____		Reclassificação: _____			
Secretaria de Estado da Saúde		Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE		Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____			
2001235775		09/04/2020 21:49:43		FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 12	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
IVAN LIMA DE SOUSA		11/11/1982		37 A 4 M 28 D		703506048395730		88175979372			
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		224702		SSP/RR		05/07/2018		M		PARDA	
Mãe		JOSEFA LIMA DE SOUSA		Pai		NI		Contato		(99) 99142-1626	
Endereço		RUA - FRANCISCO ANACLETO DA SILVA - 1787 - ALVORADA - BOA VISTA - RR						Ocupação			
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:		ADAO	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL									
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											
Hipótese Diagnóstica											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAO-X		☐ ULTRA-SON		☐ TC		☐ SANGUE		☐ URINA		☐ ECG ☐ OUTROS: _____	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO							
Dinâmica 29 IV											
Conduta		☐ Alta por Decisão Médica		☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação		Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____	
☐ Alta a Pedido		☐ Alta a Revelia		☐ Transferência para: _____							
óbito		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família		☐ IML		Anatomia Patológica		____/____/____	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico									
Impresso por: adao		Data Hora: 09/04/2020 21:51:00									
E-SIG SISTEMA DE SOLUÇÕES EM TI Av. 42, 52 - 01.52.43											



Anexo I

BDA TRANSF: 09/04/2020

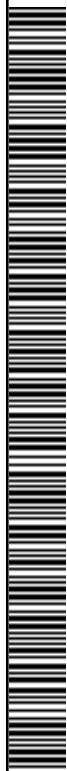
SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - CEP	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				21 - CID 10 PRINCIPAL	
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
38 - CNPJ EMPRESA		39 - CNAE DA EMPRESA		40 - CBOR	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		42 - () EMPREGADO		43 - () EMPREGADOR	
44 - () AUTÔNOMO		45 - () DESEMPREGADO		46 - () APOSENTADO	
47 - () NÃO SEGURADO		48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		54 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		55 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
56 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		57 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		58 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
59 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		60 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		61 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
62 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		63 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		64 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
65 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		66 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		67 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
68 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		69 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		70 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
71 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		72 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		73 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
74 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		75 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		76 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
77 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		78 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		79 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
80 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		81 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		82 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
83 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		84 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		85 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
86 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		87 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		88 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
89 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		90 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		91 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
92 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		93 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		94 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
95 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		96 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		97 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
98 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		99 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		100 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	



178.939

OK

08/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA: (A)			



DATA DE ADMISSÃO	09/04/20	DIH	09/04/20	DN	17/11/82
PACIENTE	JUAN LIMA DE JESUS				
DIAGNÓSTICO	FX fratura cominada fêmur (D)				
ALERGIAS	HAS	N	DM2	N	
IDADE	37	LEITO		DATA	09/04/20
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H				26 12.15 24
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				
10					
11					
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
14					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

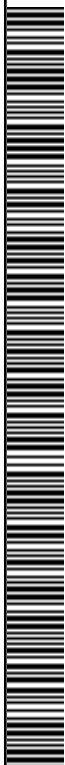
EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS...

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Bruno Vieira
CRM 1231 RR
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia



08/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO





HLI

RELATÓRIO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA: 09/04/2020

PACIENTE: Ivan Lima de Sousa

DN: 11/11/1982

DIAGNÓSTICOS: Ex Subtração de fratura

1- LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE NO HGR: _____

2- PACIENTE: ☒ ACAMADO () DEAMBULA () O2 SUPLEMENTAR

3- DIETA: ☒ VIA ORAL () SNE () OUTRA _____

4- POSSUI EXAMES LABORATORIAIS? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

5- POSSUI EXAMES DE IMAGEM? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

6- POSSUI PARECER DE ESPECIALISTA? ☒ SIM () NÃO
() AGUARDANDO _____

7- POSSUI ALGUMA APAC MARCADA/AGENDADA? () SIM ☒ NÃO
() AGUARDANDO _____

8- HORÁRIO DOS ÚLTIMOS SINAIS VITAIS: _____

PA: _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ SATO2: _____

9- TERAPIA INSTITUÍDA NO HGR:

Tratamento + Analgesia

10- EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Bom, com o tratamento

Boa Vista, 09 de Abril de 2020. Hora: 23:04

Assinatura/carimbo do Médico Assistente.
Ortopedia e Traumatologia

CRM 1231 / RR

Autorização de transferência para Hospital de Retaguarda.

1º Ten Med FRANÇA
Anestesiologia
CRM 1414 RR

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do MÉDICO REGULADOR autorizando a transferência do paciente para:
() HC () HLI () HMI () OUTRO _____





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA

Eu João Lima de Sousa CPF nº 08178949372

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, 09 de ABR de 2020.

Assinatura do paciente: X

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) / procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, 1º de MAI de 2020. Hora: _____

Nome Completo: GRM 1414 RR

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulator

CRM _____



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/04/2020 22:33:44 Data/Hora Fim: 11/04/2020 22:33:43
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP Nº 812065 Data: 11/04/2020
Delegado de Polícia: Darlinda de Moura Santos Viana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 09/04/2020 20:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Dr. Silvio Leite
Logradouro: Rua Expedito Francisco da Silva com Marieta de M. Maques
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: IVAN LIMA DE SOUSA (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 37
Profissão: Autônomo		
Estado Civil: Solteiro(a)		

Documento(s)

RG: 224702
CPF: 881.759.793-72

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Jorge Dias Carneiro Nº: 1084
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 99141-7638 (Celular)

Nome Civil: ALEX BAMBERG DOURADO (ENVOLVIDO)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade 41
Profissão: Técnico em Enfermagem		
Estado Civil: Casado(a)		

Documento(s)

RG: 163747
CPF: 700.243.672-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Afonso dos Santos Pereira Nº: 34
Bairro: Alvorada



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 1 de 3
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

Telefone: (95) 99132-2539 (Celular)

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

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição VEículo Palio	CPF/CNPJ do Proprietário 149.921.322-00
Placa JXS0327	Renavam 00893762423
Número do Motor 178F1011*7151143*	Número do Chassi 9BD17164G72809171
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Número da Carroceria 78975315
Cor PRATA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX
Modelo FIAT/PALIO FIRE FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 07/12/2010	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alex Bamberg Dourado	Possuidor

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição Motocicleta Honda Biz	CPF/CNPJ do Proprietário 104.541.103-59
Placa NAW7019	Renavam 00180574639
Número do Motor JC42E2A116860	Número do Chassi 9C2JC4220AR116860
Ano/Modelo Fabricação 2010/2009	Cor PRETA
UF Veículo RR	Município Veículo Boa Vista/RR
Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 14/12/2009
Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Ivan Lima de Sousa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) delegao(a) segundo o ROP 812065, acionados via CIOPS, para atendimento de acidente de trânsito com vítima de lesão corporal, no local foi constatado os fatos, onde segundo os envolvidos , o item 1 (Ivan) transitava conduzindo seu V1 (Honda Biz) pela rua Expedito Francisco da Silva, sentido bairro/Centro quando fez conversão à esquerda para entrar na rua Marieta de Melo Marques, quando houve a colisão com o time 2 (Alex), que transitava na mesma rua, em sentido contrário Centro/bairro, conduzindo seu V2 (Fiat/Palio). Informo que o item 1 foi atendido por uma equipe do Samu e conduzido em seguida ao pronto socorro estadual com possível fratura, segundo informações repassadas pelos socorristas. Informo ainda que compareceu ao local o perito Cleydson, que fez o levantamento pericial e liberou o local em seguida. Informo ainda que em seguida, ambos os veículos foram autuados por estarem com documentações em atraso (SE00303327 e SE00303303), segundo o item 1, autuado por não possuir CNH (SE 00303238), e o item 2 autuado por estar com sua CNH vencida , há mais de 30 dias (SE 00303328), informo ainda que por não haver guincho disponível , o V2 foi



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 2 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00013357/2020-A01

liberado a um condutor habilitado, sendo o item 2 devidamente orientado e liberado no local, já o V 1 foi recolhido ao pátio do Detran na carroceria da viatura policial, por não haver nenhum responsável/parente do item 1 no local para ficar com a sua motoneta, conforme DRR (D153030910). Informo ainda que não foi possível fazer a apresentação do item 1 (pelo crime de trânsito previsto no CTB) em virtude do estado de saúde do mesmo, que se encontra em atendimento médico especializado.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva

Agente de Polícia
Matrícula 42000144

Responsável pelo Atendimento

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



Impresso por: Alessandro José Mendes
Data de Impressão: 01/06/2020 13:31:28

Página 3 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Thiago Amorim
Advogados Associados

Seguradora Lider-DPVAT Acomp

seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3200395853 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IVAN LIMA DE SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO IVAN LIMA DE SOUSA
CPF/CNPJ: 88175979372

Posição em 30-11-2020 18:16:41
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/11/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT