



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 0381/2019	DELEGADO: <i>Fernando Alves da Cruz</i>
DATA: 29-04-2019	ATENDENTE: <i>Gilmar de Oliveira Lima</i>
HORA: 11h50min.	LOCAL, DATA E HORA: Vicinal 22, km 18, São Luiz – RR, em 10-04-19, por volta das 20h00min.

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: PM de São Luiz – RR
END: XXXXXXXXXX

DADOS DA VITIMA 01

NOME: Rubeneson de Nascimento Ribeiro	RG: 303.240-0/RR	CPF: pj.
END: Vicinal 22, km 20, São Luiz – RR.		
FILIAÇÃO: Raimundo Ernesto Ribeiro / Maria Antônia de Nascimento Ribeiro		
GRAU DE INST: pj.	APELIDO: Roberilson	
COR/IDADE: Parda, 31 anos	PROFISSÃO: Agricultor	
DATA DE NASCIMENTO: 26-07-1987	FONE: (95)98803-4184 (mãe)	
NATURALIDADE: Imperatriz - MA	CNPJ:	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 JUN 2019

GENTE SEGURADORA SIA
Luz Capitão João Batista 484 - Boa Vista - RR

NOME:	RG:	CPF:
END:		
FILIAÇÃO:		
GRAU DE INST: pj.	APELIDO: pj.	
COR/IDADE:	PROFISSÃO: pj.	
DATA DE NASCIMENTO:	FONE: pj.	
NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR
------------	----------	-----------------------------

BREVE RELATO DOS FATOS: Através do ROP PM nº SL100419 foi comunicado um acidente de trânsito ocorrido na VIC. 22, KM 18, município de São Luiz –RR, envolvendo duas motocicletas, tendo como vítima fatal o Sr. RUBENESON DE NASCIMENTO RIBEIRO; QUE o veículo pilotado pela vítima era uma motocicleta HONDA NXR160 BROSEDD ANO/FAB 2016/2016, PLACA PHI-1257, CHASSÍ 9C2KDO810GR466582, DE COR BRANCA, sendo propriedade da vítima; QUE o veículo em que a vítima pilotava sofreu uma colisão frontal com outra motocicleta; QUE as equipes de Perícia e IML foram acionadas através da central CIOPS, onde efetuaram perícia e remoção do corpo. É o breve relato.

Maria Antônia de Nascimento Ribeiro
COMUNICANTE

[Assinatura]
ATENDENTE

AVISO: 1 – SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;

AVISO: 2 – O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denunciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Fato Atípico (Arquivar); | ☐ Intimar comunicante; | ☐ Aguardar audiência agendada; |
| ☐ OM ao SO, relatório em ____ dias – APC ____; | ☐ Aguardar novos fatos ou representação; | |
| ☐ Outra(s) providência(s): | | |
| ☐ Elabore-se ____ art(s). | | |

Delegado(a) de Polícia Civil

AVENIDA SÃO CRISTÓVÃO, 357, CENTRO, SÃO JOÃO DA BALIZA – RR, CEP: 69 375.000, FONE: (95) 3235-1691
E-mail: deco@baliza@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013746484218
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 01090844600 RNTRC EXERCÍCIO 2017

NOME

RODRIGSON DE NASCIMENTO RIBEIRO

CPF/CNPJ 006.205.432-56

PLACA PHI1257

PLACA ANT/UF

PHI1257 AM

CHASSI

9C2KD0810GR466582

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB

2014

ANO MOD

2014

CAP/POT/CIL

2P/3162CC/

CATEGORIA

PARTICU

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC/COTAS

1ª *PAGO*

FAIXA I.P.V.A.

** QUITADO **

PARCELAMENTO/COTAS

2ª *PAGO*

3ª *PAGO*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PG OUT UF

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

Antonio Francisco Baserra Marques

Diretor Presidente

RODRIGSON RIBEIRO

DETRAN-RR

DATA

19/02/2018

EXPEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT

RR Nº 013746484218

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

19/02/2018

VIA

01

CPF/CNPJ

006.205.432-56

PLACA

PHI1257

RENAVAM

01090844600

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB

2014

CAT. TARIF.

7

Nº CHASSI

9C2KD0810GR466582

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

PG OUT UF

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

013746484218

4417863

JUL-2017

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 6426725

DORACI DE ANDRADE SOUSA

AV ABEL MONTEIRO REIS, 970 ,

PINTOLANDIA

69316758 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1365797	MÊS 11/2020	PERÍODO DE CONSUMO 20-OCT-20 a 18-NOV-20
CONSUMO (kWh) 607	VENCIMENTO 06-DEC-20	TOTAL A PAGAR R\$ 682,10

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1365797	MÊS 11/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 682,10
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000069.821000750009.000000001362.579711200058



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: PJDGG CCK9Z 62S9M W38FK



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190675846 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

CPF/CNPJ: 70729423271

Posição em 17-12-2019 09:20:52

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/12/2019	R\$ 9.450,00	R\$ 0,00	R\$ 9.450,00





MINISTÉRIO DA ECONOMIA

SECRETARIA DO TRABALHO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

132.31602.53-9

NÚMERO

0583384

SÉRIE

A01

UF

RR

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

FILIAÇÃO.....: ANGELIA ROSA GRATEROL
JUAN LUIZ MATERAN GRATEROL

NASCIMENTO.....: 21/02/1980

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NACIONALIDADE: VENEZUELA

DOCUMENTO.....: PROTOCOLO PF 08485029251201739 - 07/06/2019

RNE.....:

MODALIDADE.....: BASE LEI N. 9474 ART. 21, § 1º

CPF.....: 707.294.232-71

VALIDADE.....: 07/06/2020

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 28/08/2019

Maria Leonor Materan Graterol

QUALIFICAÇÃO CIVIL - ESTRANGEIRO



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
707.294.232-71

Nome
MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL

Nascimento
21/02/1980



ADVOCACIA



ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: O (A) Sra, MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL, nacionalidade, venezuelana, estado civil, viúva, profissão, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade nº 08485.029251/2017 SSP/RR e do CPF 707.294.232-71 telefone: (95) 99118-6807, residente e domiciliada (a), na Vicinal 22 Km 18 ST Primavera, 05, nº S/N, bairro, Centro, CEP 69. 370-000, na Cidade de São Luiz do Anaua-RR.

OUTORGADOS: JOSÉ HILTON DOS SANTOS VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob nº 1105, com endereço profissional nesta Capital, na Rua dos Buritis, nº 376, bairro 13 de Setembro.

PODERES: Os contidos na cláusula *ad judicium et extra* para, em nome dos outorgantes, em Juízo ou fora dele, em qualquer foro, defender seus direitos e interesses, podendo confessar, reconhecer procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, acordar e discordar, propor ações de qualquer natureza que sejam de interesse das partes outorgantes, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015, firmar compromisso, bem como tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito e cabal desempenho de suas funções, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes, podendo agir em conjunto ou separadamente.

Boa Vista/RR, 17 de fevereiro de 2020

x 

Outorgante

ADVOCACIA



ADVOCACIA

DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL, nacionalidade, venezuelana, estado civil, viúva, profissão, do lar, portador (a) da Cédula de Identidade nº 08485.029251/2017 SSP/RR e do CPF 707.294.232-71 telefone: (95) 99118-6807, residente e domiciliada (a), na Vicinal 22 Km 18 ST Primavera, 05, nº S/N, bairro, Centro, CEP 69. 370-000, na Cidade de São Luiz do Anaua-RR.

Declaro, que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50 e art. 98 do Código de Processo Civil.

Boa Vista-RR, 17 de Fevereiro 2020

DECLARANTE

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 5306

... Guia de Atendimento 17 ...

1901096104 11/04/2019 12:49:31

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 22

Paciente **MARIA LEONOR MATERAN GRATEROL** Data Nascimento **21/02/1980** Idade **39 A 1 M 19 D** CNS CPF Prontuário

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo **F** Estado Civil **PAI** Raça/Cor **PARDA** Naturalidade **VENEZUELA**

Mãe **NI** Pai **NI** Contato **98803-4184** Ocupação **Cunhada**

Endereço **RUA -- SN -- BOA VISTA - RR**

Class. de Risco Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol. Registrado por: **MICHELE.CAVALCANTE**

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

História da Doença

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) **ÚLTIMA 08 ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO - MOTO, COM 02 ÓBITOS NO LOCAL, TRATADO DE FRAÇA RURAL,**

Exame Físico **COM MÚLTIPLOS FRATURAS, ROLATO DE PÉLOTA NA CONSERVAÇÃO NO LOCAL, PERNA COM GESSO DE 05 A ADMISSÃO.**

Hipótese Diagnóstica **PLW TRAUMA**

SADT - Exames Complementares ☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: **19.06.19**

PRESCRIÇÃO

1) AVALIAÇÃO NEUROCIRÚRGICA 106:08W

2) AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA

Neurocirúrgico

habe neurocirúrgico

TK ameliar

Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IMI Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Mario J.L. Sant'Aguiar
Neurocirurgião
CRM-RR 372

Dr. Fernando André Martins Ferreira
Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
CRM-RR 100

Impresso por: michele.cavalcante
Data Hora: 11/04/2019 12:50:24

10.102.5.252:8888/IS4/IS4/CEA1FB7E-2625-4A8A-8D97-84BA544590CB.html

NIR *Transmissão: 19/06/2019*
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO BENEFICIÁRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE EXECUTANTE: *MARIA LEONOR*
2 - CNES: *175.426*
3 - NOME DO PACIENTE: *Maria Leonor Matern Graterol*
4 - CNES: *43433*
5 - DATA DE NASCIMENTO: *21/02/80*
6 - N.º DO PRONTUÁRIO: *175.426*
7 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: *Angra Rosa Matern*
8 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): *915988034184*
9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *14 - Cód. IBGE Município*
10 - UF: *15 - UF*
11 - CEP: *16 - CEP*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
12 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *FRAT MULT FRAGMENTADA
OPOSTO no FURR e 73/10 (E)
+ FRAT 3/10/19 10/11/19*
13 - HISTÓRICO DE AUTISMOS ASSOCIADOS: *RX TOC CIRURGIA*

14 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *FRAT 0x7 FURR + 73/10 (E)*
16 - CLÍNICA: *25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO*
17 - CARGO DA INTERNAÇÃO: *26 - DOCUMENTO*
18 - DOCUMENTO: *27 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE*
19 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO*
20 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *11/12/19*
21 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *15/12/19*
22 - Nº DO BILHETE: *15/12/19*
23 - CNPJ DA SEGURADORA: *37 - Nº DO BILHETE*
24 - CNPJ EMPRESA: *38 - Nº DO BILHETE*
25 - CNAE DA EMPRESA: *40 - CNAE DA EMPRESA*
26 - CBOR: *41 - CBOR*
27 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *() EMPREGADO () EMPREENHADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO*
28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR*
29 - DOCUMENTO: *43 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR*
30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO*
31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)*

até 12.6

HGR
Hospital Geral
de Roraima

SOLICITAÇÃO URGENTE DE PARECER

Paciente: Maria Leonor Maternan Graterol

Data da Internação (HGR): 11/04/2019

Idade: 39 anos

Data da Internação (Bloco D):

Data de Nascimento: 21/02/1980

BLOCO: F

Leito: 15

De: Ortopedia

Para: Neurologista

Paciente feminina de 39 anos de idade internacao desde 11/04/19 vitima de politrauma (TCE, fratura exposta de femur + fratura de plato tibial + fratura dos ossos de antebraço esquerdo) decorrente de accidente de transito, paciente com queixas de cefaleia intensa e persistente sem melhoria ao tratamento clinica. Tc realizada na entrada sem alteracoes. Solicito avaliacao e conduta com urgencia.

Grato

18/04/2019

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 166146

Parecer já respondido no dia 18/04/19

19/04/19

Dr. Felipe Queiroz Portela
Neurologista
CRM-RR 1625/RQE: 651



BOLETIM OPERATÓRIO

Maria Helena
Gratiol

Data: 12.04.19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx com consolidação viciosa de
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Redução e ultra (E) e Fx de Rádio (C)
 TIPO DE INTERVENÇÃO: L → T/O Unifocal
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. Rogério L. P. Dias a AUXILIAR: Dr. Marcelo Amador
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1 - Lavagem em DDT sob anestesia
 - 2 - Assupção + Antsepsia + colocação de campos estéril dorsal
 - 3 - Incisão de Henry em antebraço (E)
 - 4 - Osteotomia + redução + fixação com placa DCP de 7 orifícios
 - 5 - Incisão em topografia de ulna (E) + osteotomia de consolidação viciosa + redução e fixação com fio de Kirschner em ulna (E) dorsal
 - 6 - Incisão de Henry em antebraço (E) redução + fixação com placa DCP de 8 orifícios
- Obs: consolidação viciosa com bastante fragmentação e calo ósseo.
- 7 - LMC + neurotização + sutura

Dr. Pedro de S. F. Filho
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-RR 2022



MARIA LEONOR M
HOSPITAL DAS CLÍNICAS

ID.

Nr: 25

Data: 14/12/2020

Scanned by CamScanner

