



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11275537

A/C: DAWID GENTIL DE MATOS

Sinistro: 3170256663 ASL-0173074/17  
Vítima: DAWID GENTIL DE MATOS  
Data Acidente: 01/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12' 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00501/00502 - carta\_13

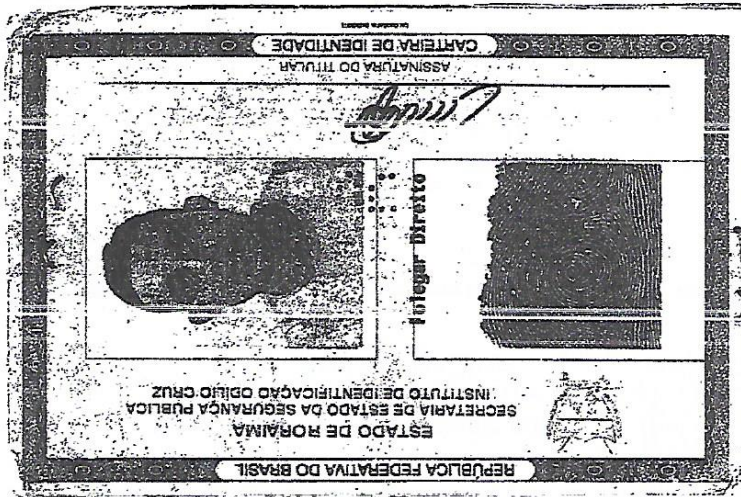


## PROCURAÇÃO

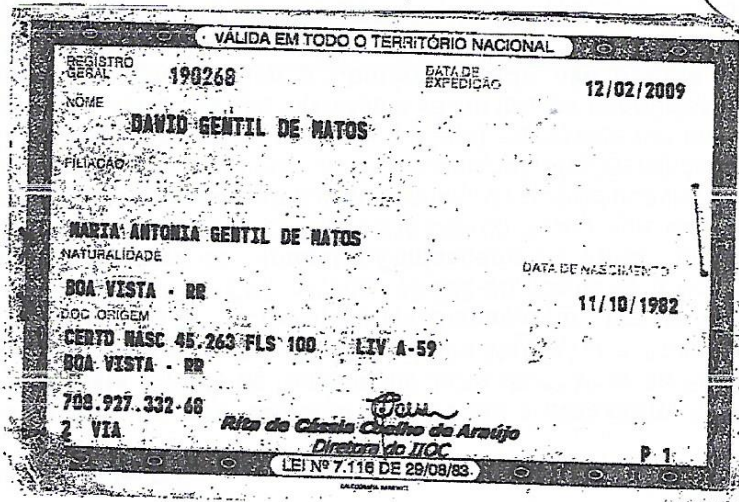
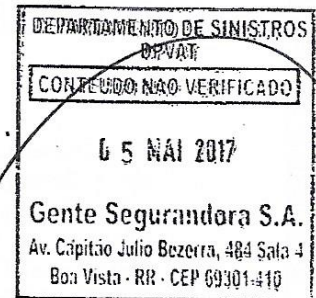
Eu, Dzwid Gentil de Matos, brasileiro (a), Solteiro, Servidor Público, portador (a) do RG nº 190.268, inscrito (a) no CPF sob o nº 708927332-68, residente e domiciliado (a) na rua Miguel Lapi Martins, nº 244, Bairro São Pedro, Boa Vista-RR, CEP 69.306-715, telefone nº (95) 99176-5220, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para propor ação judicial de cobrança de Seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 03 de Abril de 2019.

Wallyson Barbosa Moura  
**OUTORGANTE**



\* Enviar Laudo méd.  
com alta do tratamento.  
- Carta. ....







# FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: Bravo III Equipe: Carla / Jony / Cam  
Paciente: David Góes de Menezes  
Endereço: Av. Benedito Cordeiro, Centro

Idade: 37 Sexo: M

Nº 017 DATA 04/04/17 HORA: 05:25  
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Dr. Alisson

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO J/10-05-37

## MECANISMO DE TRAUMA

<b>AUTOMÓVEL</b> Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro Passageiro <input type="checkbox"/> Capotaqu Shore <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<b>NOTO:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão <b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	<b>VIOLÊNCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	<b>OUTROS</b> <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
--	---	---	--

## AValiação INICIAL

<b>Vias Aéreas</b> <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradipnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstrução <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Outro:	<b>Ventilação</b> <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<b>Circulação</b> <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente	<b>Aval. Neurológica</b> <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrêa <input type="checkbox"/> Otorrôia <input type="checkbox"/> Apetite alcoolidado <input type="checkbox"/> DNV
---	--	--	---

## SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	<u>95/45</u>	<u>181</u>	<u>20</u>	<u>96</u>			<u>6-5 MAI 2017</u>	
Fim							<u>Gente Seguradora S.A.</u> <u>Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4</u> <u>Boa Vista - RR - CEP 69301-510</u>	

## AValiação SECUNDÁRIA

<b>Pele</b> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Palida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	<b>Cabeça</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. <input type="checkbox"/> Fractura	<b>Face</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	<b>Pescoço</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfema Sub-Cutâneo	<b>Tórax</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	<b>Abdome</b> <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tabua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
<b>Pelve</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	<b>Coluna Dorsal</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	<b>Membros</b> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação			

## AValiação CARDIACA

## AFEÇÃO CLÍNICA

## HISTÓRIA PEGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrie <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
---	--	--	--	---	---

## GRAVIDADE COMPROVADA

☐ ILESO ☐ SEVERA

☐ PEQUENA ☐ MORTE

☐ MÉDIA ☐ INTERMEDIÁRIA

☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

## MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS

☒ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:

COM O ORIGINAL  
EM: 27/01/2017  
Alisson

## DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

## INCIDENTE

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:

## RCP

☐ Iniciada as: ☐ Término as: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:



<b>TERMO DE RECUSADO</b>	<input type="checkbox"/> Atendimento no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input checked="" type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Como o Silve <input checked="" type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros

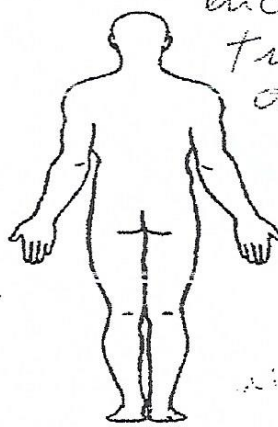
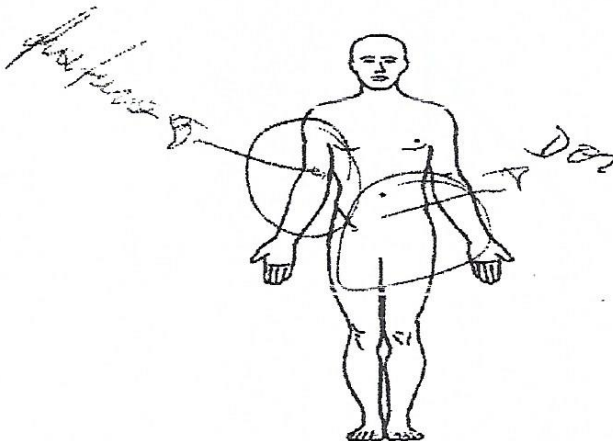
<b>ERTENCE DO PACIENTE</b>	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
<b>TERMO DE RECUSADO</b>	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

vítima de colisão moto x árvore encontrando de decúbito lateral (S), sem consciência. Não se lembra de colisão. com fratura no M.S.D, queixas de dor no abdome. feito imobilização do

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Escala		Escala	
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta à Resposta (mov / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
Melhor Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Arterial (mmHg)	01 - 09	1	
	Orientado	Balbucia	5		0	0	
	Confuso	Choro imitado	4		> 90	4	
Melhor Resposta Motora	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Escala de Glasgow	70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
Obedece solicitações		Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow		0	
Localiza a dor	Localiza a dor	Retira do toque	5	Escala de Glasgow	14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
Extensão a dor		Flexão anormal	2	Escala de Glasgow	5 a 7	2	
Nenhuma		Nenhuma	1		3 a 4	1	

membro, foi feito do trauma colar + fratura. osso do UTE Verificado os

(18) SSUV. Removido a central 17e que encontrando no trauma para mel. avaliação.



ORIGINAL COM O ORIGINAL  
EM 27/01/2017  
12-174

<b>GESTANTE</b>	<b>MATERIAL E MEDICAÇÃO</b>
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
<input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	



01/01/2017

OK  
BLOCO B

Guia de Atendimento 02  
Atc. 09/01/17  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO - ME-HG



1700704144		01/01/2017 07:11:22		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		2	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
DAWID GENTIL DE MATOS		11/10/1982		34 A 2 M 21 D		705007439864458	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		CPF	
IDENTIDADE		190268		SSP/RR		70892733268	
Mãe		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
MARIA ANTONIA GENTIL DE MATOS		12/02/2009		M		SOLTEIRO(A)	
Endereço		Pai		Raça/Cor		Naturalidade	
KUA - MIGUEL LUPE MARTINS - 244 - SAO PEDRO - BOA VISTA - RR		NC		PARDA		BOA VISTA - RR	
Contato		Ocupação		Prontuário			
(95) 99172-0356				00145669			
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue	
09:30h - Dextro = 120 mg/dl							
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL			
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
Trauma moto / árvore							
Exame Físico							
Paciente alcoolizado e agitado, referindo dor abdominal e em MGD.							
Hipótese Diagnóstica							
Alcoolismo 15 A B C D alcoolizado E - MSD imo							
SADT - Exames Complementares							
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA							
PRESCRIÇÃO							
1 - Dipirona 2g (EV) agora							
2 - Solicito exame de MSD e							
USG abdominal							
07:00h - USG não mostra líquido na cavidade							
12:20 morfina 5mg (EV) agora							
diurético							
Condução							
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica							
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido							
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia							
Transferência para: ortopedia							
óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não							
Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: lucas.mala							
Data Hora: 01/01/2017 07:11:51							
1700704144							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ECG ( ) OUTROS: ☐

15 MAI 2017

APRAZAMENTO

Conta Seguradora S.A.

Av. Capitão João Bezerra, 484 Sala

Boa Vista - RR CEP 69001-400

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22

12-22





BOLETIM OPERATORIO

David Gentil Mota

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

05 MAI 2017

Gente Seguradora S.A.

Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: Dra Liana

2º AUXILIAR: Dr Fan R1

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS: Dr Brune

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR: Dr Ricardo R2

INSTRUMENTADORA: Iz Natasho

ANESTESIA: óxido

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDM + Anestesia geral
2. Assépsia + Antissépsia + Campos estéreis.
3. Incisão mediana xifo-púbica + deriva sté invulsa abdominal.
4. Inventário: Evidenciado pouca quantidade de sangue e líquido intra-cavidade. Observado ainda abertura do coto sigmóide (tipo explosão) + conteúdo fecal na cavidade. Isque mia de ± 40 cm de Alça (tipo) Den. 30 cm, distante de, volume illo rem





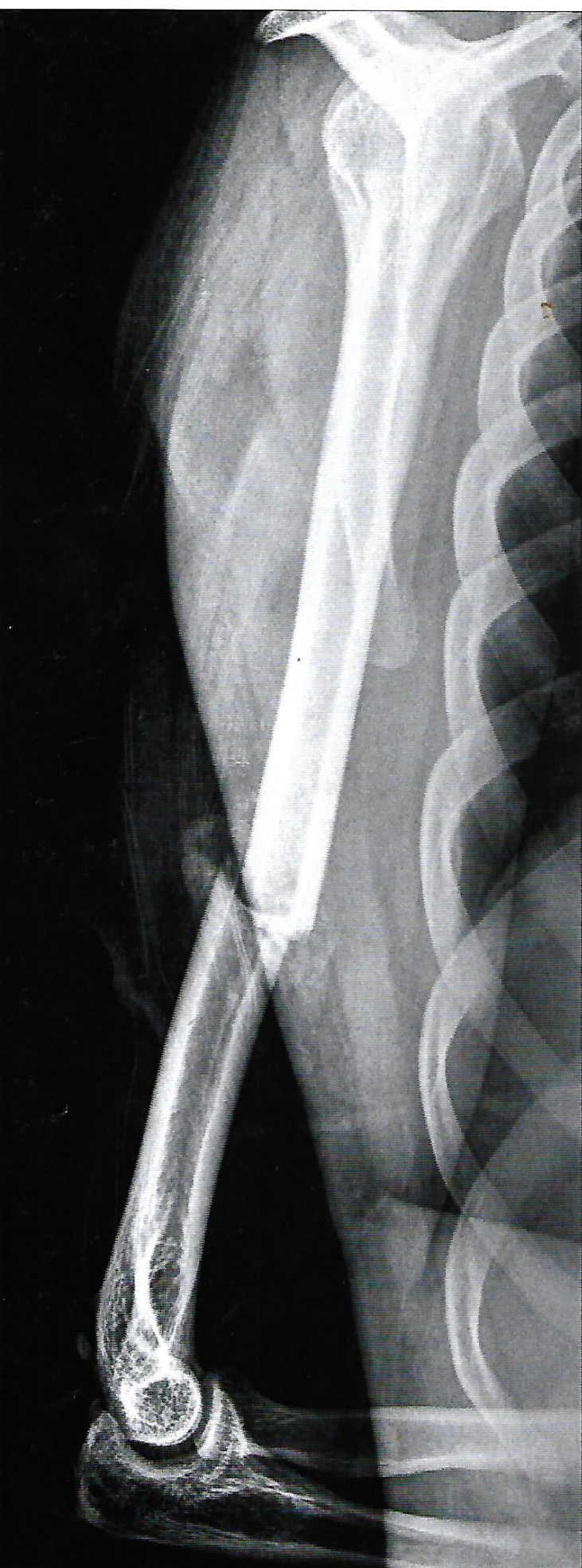
25/01/2017

66.6 %

DAVID GENTIL

1250

HOSPITAL CORONEL MOTA

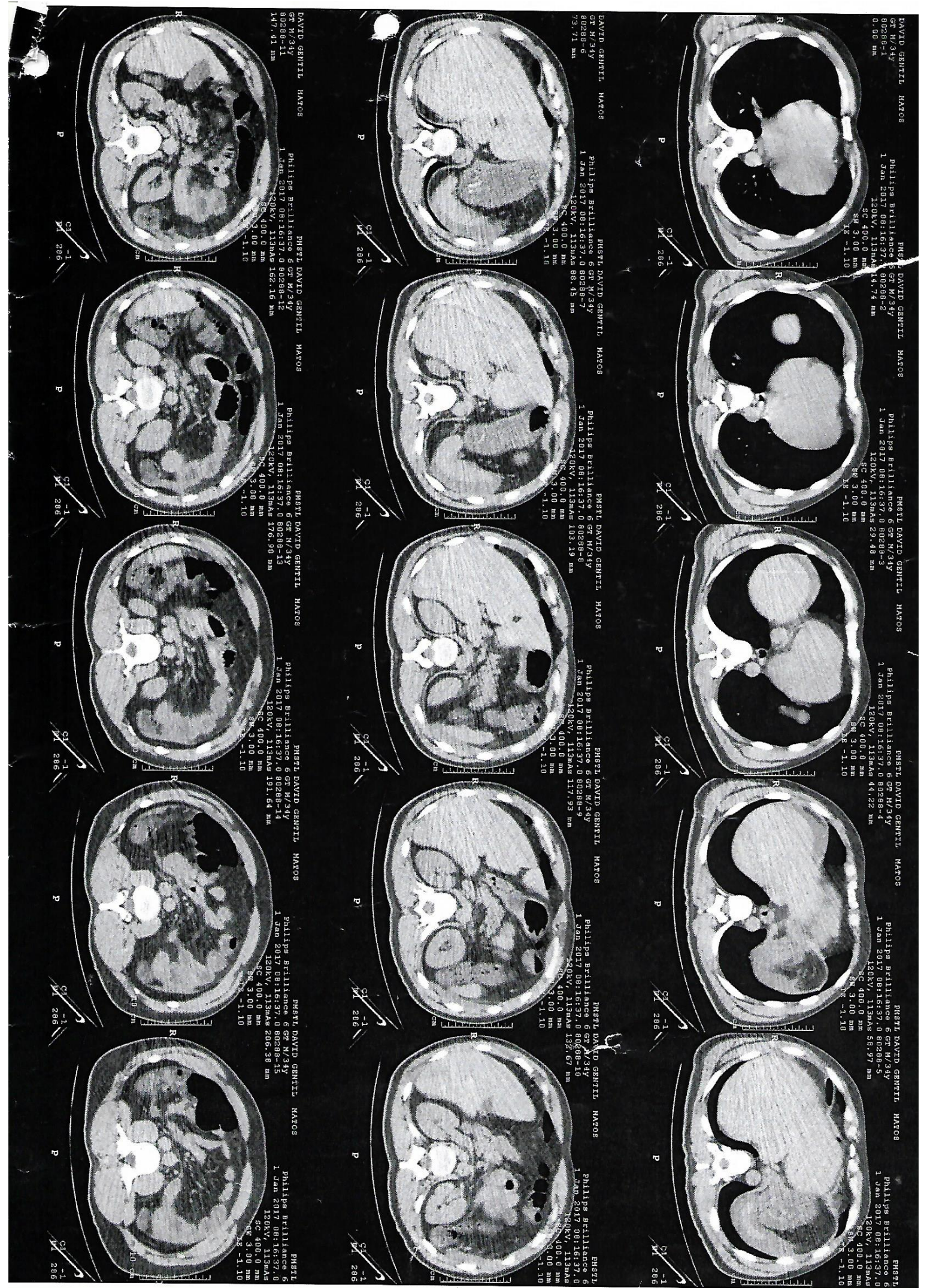


25/01/2017

66.6 %

Alex







DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
05 MAI 2017  
Gente Seguradora S.A.  
Av. Capitao Julio Bezerra, 484 Sala 4  
Boa Vista - RR - CEP 69301-410



### DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Dawid Gentil. de Metos, brasileiro  
(a), Solteiro, Servidor Público, portador (a) do RG nº  
190.268, inscrito (a) no CPF sob o nº 708927332-68, residente e  
domiciliado (a) na Rua Miguel Lupi Martins, nº 244, Bairro  
São Pedro, Boa Vista-RR, CEP 69.306-715, telefone  
nº (95) 99176-5220, 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 do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 03 de Abril de 2019.

  
DECLARANTE



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RR** Nº 8791288361

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

VIA: 01 COD. RENAVAM: 489411376 RNTRC:

NOME/ENDEREÇO:  
DAVID GENTIL DE MATOS  
R MIGUEL LUIZ MACHES  
244, SAO PEDRO  
BOA VISTA RR 47506715

CPF/CNPJ: 70892733245 PLACA: RR-2423

NOME ANTERIOR:  
FEDRATINA MACHES MACHES

PLACA ANT/UF: CHASSI: 70892733245

ESPECIE TIPO: PASSEIO COMBUSTIVEL: ALCOOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TIPO ESQ ANO FAB: 1992 ANO MOD: 1992

CAP/POT/CIL: 002P7014900 CATEGORIA: PARTICUL COR PREDOMINANTE: PRETA

OBSERVAÇÕES:  
AL FTD 2000 HONDA CG 150  
PROB DATA DA TRANSFERENCIA  
GUARDE LOCAL SEGURO

DATA: 05/04/2019

ELI: Jony Everton Varato Guimarães  
Diretor - Presidente  
DETRAN