



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

4ª Vara Cível

Processo 0812668-60.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 25/04/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 25/04/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo

Tipo: Promovente

Nome: Edelson Farias de Pinho Araújo

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** 180050 SSP/RR **CPF/CNPJ:** 737.934.342-49

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

1616NRR Wallyson Barbosa Moura

Tipo: Promovido

Nome: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 09.248.608/0001-04

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 25/04/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Wallyson Barbosa Moura

Relação de arquivos da movimentação:

- [illegible]



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____VARA CÍVEL DA
COMARCA DE BOA VISTA – RORAIMA.**

EDELSON FARIAS DE PINHO ARAÚJO, brasileiro, união estável, leiturista, carteira de identidade nº 180050, inscrito no CPF nº 737.934.342-49, telefone nº 99121-6371, (não possui e-mail), residente e domiciliado na Rua Almeirindo Santos, nº 246, Bairro Buritis, CEP 69.309-190, Boa Vista-RR, por seu advogado ao final assinado, constituído nos termos da procuração anexa, com escritório na Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima, onde recebe intimações e notificações, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Em face da empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ 09.248.608-0001 / 04, localizada no endereço Rua Senador Dantas, Nº 74 – 5º Andar – Centro – CEP. 20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Tel. (021) 3861-4600, Fax (021) 2240-9073, tendo em vista as razões de fato e de direito a seguir:

DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex^a. Seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento na lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (art.319, VII, CPC)

O autor **NÃO** opta pela realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII),

DOS FATOS

No dia 04 de outubro de 2018, o requerente sofreu grave acidente de trânsito e, em consequência, ficou com INVALIDEZ, conforme demonstra o **Boletim de Ocorrência expedido pela Delegacia de Acidente de Trânsito (DAT) da Polícia Civil do Estado de Roraima, Ficha de atendimento do SAMU, ROP da Polícia Militar**, comprovando a ocorrência do acidente; comprovante de atendimento ao paciente e o laudo médico acostados, que descrevem o acidente; comprovante de atendimento do Hospital Geral de Roraima acostados, que descrevem o acidente.

Consta no referido Laudo Médico, que devida a ação contundente do acidente, o paciente (requerente) sofreu trauma em pares do seu corpo, resultando em sua invalidez para o exercício de suas atividades laborativas.

O autor **sofreu grave fratura na clavícula direita, decorrente do acidente objeto desta lide, resultando sequelas permanentes ao autor. (laudos médicos em anexo).**

Desta forma, o Autor apresentou toda a documentação necessária para o recebimento da indenização referente ao seguro obrigatório (DPVAT) pela via administrativa junto a referida seguradora.



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

Entretanto, a Ré, seguradora responsável pelo pagamento, aproveitando-se da condição do Autor, que em razão da tragédia ocorrida e estando ainda fragilizado, **nada pagou ao autor**, lesando o Postulante no momento em que ele e sua família mais necessitavam de auxílio (docs. anexos).

São os fatos de forma sucinta.

DO DIREITO

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexos de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. *O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso)*

A Lei nº 6.194 / 74, com sua redação alterada pela Lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõem novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da Lei 11.482 / 07, que alterou o art. 3º da Lei 6.194 / 74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, verbis:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e



WALLYSON BARBOSA
Advocacia e Consultoria

**despesas de assistência médica e
suplementares, nos valores que se seguem, por
pessoa vitimada:**

I - até R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais)
- no caso de invalidez permanente;

Este é o entendimento do Tribunal de Santa Catarina, vejamos:

AGRAVO DE INSTRUMENTO.
COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVAT. PROVA
PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ.
DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO
VALOR DEVIDO A TÍTULO DE SEGURO DPVAT
PELA SEGURADORA. RECONHECIMENTO
IMPLÍCITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA
VÍTIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de
Instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; **Relator**
(a): Nelson Schaefer Martins; **Julgamento:** 20 /04 /
2010; **Órgão Julgador:** Segunda Câmara de Direito
Civil; **Publicação:** Agravo de Instrumento
n.2009.074344-4).

DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer;

- a) a concessão dos benefícios da justiça gratuita nos termos da lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86,
- b) a citação da Seguradora requerida, para que, querendo, apresente resposta no prazo legal, sob pena de revelia;
- c) que seja julgada PROCEDENTE a presente ação, condenando a parte Ré ao pagamento de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescentando-se, de juros à base de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária pelo IPCA-E, incidentes desde o efetivo cumprimento da obrigação em razão da recusa do pagamento administrativo do DPVAT;



WALLYSON BARBOSA

Advocacia e Consultoria

- d) a condenação da parte Ré ao pagamento dos honorários de sucumbência.
- e) Protestar por todos os meios de provas admitidas em direito, especialmente a prova documental acostada aos autos.

Dà-se a causa o valor R\$ 13.500,00 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Ternos em que,
Pede deferimento.

Boa Vista/RR, 25 de abril de 2019.

WALLYSON BARBOSA MOURA
OAB/RR 1616



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, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190175107

Vítima: EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO

Data do Acidente: 04/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO

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

Pag. 00373/00374 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14137348

PROCURAÇÃO

Eu, Edelson Jesus da Silva Araújo, brasileiro (a), featurista unido a To Ve 7, portador (a) do RG nº 180-050, inscrito (a) no CPF sob o nº 737-934.342-49, residente e domiciliado (a) na Rua Almorim dos Santos, nº 246, Bairro Boa Vista, Boa Vista-RR, CEP 69-309-190, telefone nº (95) 991-21-63-71, 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, 10. de Outubro de 2019.

Edelson Jesus da Silva Araújo
OUTORGANTE

141187561894 ED-10

EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO

FILIAÇÃO..... MARIA DAS DORES FARIAS DE PINHO ARAUJO
ADONIAS MARTINS DE ARAUJO

NASCIMENTO.... 05/05/1981

ESTADO CIVIL... SOLTEIRO

NATURALIDADE: IMPERATRIZ - MA

DOCUMENTO..... R.G. - 180050 - 19/04/2000 - SESP - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 737.934.342-49

TIT. ELEITOR:

CNH.....

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 19/12/2018

Magno Hillon Della-Flora

MAGNO HILLON DELLA-FLORA
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/RR

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

	MINISTERIO DA FAZENDA	
Receita Federal		
Cadastro de Pessoas Físicas		
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO		
Número		
737.934.342-49		
Nome		
EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO		
Nascimento		
05/05/1981		
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO		

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **180050** DATA DE EXPEDIÇÃO **07/01/2019**

NOME **EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO**

FILIAÇÃO **ADONIAS MARTINS DE ARAUJO** DATA DE NASCIMENTO **05/05/1981**

MARIA DAS DORES FARIAS DE PINHO ARAUJO

NATURALIDADE **AÇAILÂNDIA - MA**

DIG. ORIGEM **CERTD NASC 13059/82 FLS 138 LIV 82**

GRAU **GRAU-MA**

CPF **737.934.342-49** PIS **13231708272**

2ª VIA

ANADEU ROCHA TRIANI
Ponto Verde de Polícia Civil
Diretor de RSC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR

Edelson Farias de Pinho Araujo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

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

PMRR-1º BPM

RELATÓRIO DE Ocorrência Policial

SÉRIE J

Nº 809669

Vtr Protege 04	SUCp 1ºBPM	Data 04/10/2018	S/Setor Leste	H/Transm XXXXX	H/Ini 17:10	CH/H XXXXX	H/Fir 19:00
Cód. Oc. 1001/1003		Cód. Prov. 13010/13999		Cód. Ser. Prest. XXXXXXX		Km/Ini 9345	Km/Fin 9358

LOCAL DE Ocorrência

Rua: Rua cabo pm Laurindo de Araújo Braga/
Valdemar coelho de Aguiar Bairro: Bairro união Refe.: Esquina

PESSOAS RELACIONADAS

1	condutor	Nome: <u>Edelson Farias de Pinho</u>	Idade: <u>37</u>	E. Civil: <u>Solteiro</u>
Endereço: <u>Rua Amerindo dos Santos nº246 Buritís</u>				
Edt. R.G. <u>180050 SSP/RR</u> TEL <u>991291186 irmã</u> Profissão: <u>Não informado</u>				
2	condutor	Nome: <u>Nivaldo Saviano Neto</u>	Idade: <u>38</u>	E. Civil: <u>Não informado</u>
Endereço: <u>Rua Zudimar nº1472 Bairro União</u>				
Edt. R.G. <u>156531 SSP/RR</u> Tel: <u>991594744</u> Profissão: <u>Corretor de imóveis</u>				
3		Nome: _____	Idade: _____	E. Civil: _____
Endereço: _____				
Edt. R.G. _____ Tel: <u>---0---</u> Profissão: _____				
4		Nome: _____	Idade: _____	E. Civil: _____
Endereço: _____				
Edt. R.G. _____ CNH _____ Profissão: _____				
5		Nome: _____	Idade: _____	E. Civil: _____
Endereço: _____				
Edt. R.G. _____ CNH _____ Profissão: _____				

Item 01 Habilitação.

Material do dos conduzidos



ASSINATURA

Senhor Delegado (a) do 3º DP

CARGO

DP

LOCAL

3º DP

HISTORICO

Informo que ao realizar um 130017 nos deparamos com uma 1001/1003, acidente de transito com vitima e danos materiais, onde o item 01 encontrava-se no chão, com escoriações na mão e no rosto, foi de imediato acionado a equipe médica do SAMU para presta os devidos atendimentos, fomos informados pelo item 01 e o item 02, que o item 01 vinha conduzindo a motocicleta Yamaha XTZ 150 placa NAR 9374, na Rua Valdemar Coelho de Aguiar, sentido a Av. Carlos Pereira de Mello, onde colidiu com o carro do item 02, um fiat uno placa JWY9417, que vinha na rua Cabo PM Laurindo de Araújo Braga, bairro União, sentido centro, o item 2 informou que o item 01 vinha em alta velocidade e não avistou seu carro, e neste cruzamento acabou colidindo com o mesmo. Informo ainda o local foi violado antes da chegada da viatura, pois as partes entraram em acordo e o item 01 afirmou que iria assumir com os danos materiais do item 02, informo ainda que o item 01 estava com a habilitação vencida desde 27/09/2016, assim foi feito o auto de infração de transito sob o nº SE00121662, e recolhida a mesma. A motocicleta encontrava se em dias por isso foi liberada para o senhor Avelard Almeida E Silva, Habilitado, e sob o CPF: 446 283 232 - 91, amigo do item 01. Por ultimo informo que o item 01 não pode assinar o auto de Infração, pois o mesmo foi conduzido ao Hospital Geral Francisco Elesbão. Era o que tinha a declarar.

Edykarlos Alves de Lima

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

452386

Nº

AL SGT

Posto/Graduação



APICS

SUOp

26 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão Júlio Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

 FICHA DE ATENDIMENTO N° 2041 																																																									
Bravo III UNIDADE: _____ EQUIPE: <u>Téc. Shirley / Condi. Sonu</u>																																																									
Paciente: <u>Edelson Korneo</u> Idade: <u>36</u> Sexo: <u>Masculino</u> Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia _____ Endereço: <u>Wiladmar Coelho de Aguiar</u> Bairro: <u>União</u>																																																									
N° <u>18646</u>	DATA <u>04/10/18</u>																																																								
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Dr. Fabiane</u>	HORA J/9: <u>17:00</u> BASE () VIA <input checked="" type="checkbox"/> () RÁDIO HORA J/10: <u>17:07</u> <u>17:15</u> <input checked="" type="checkbox"/> CELULAR																																																								
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO <u>7/10 - 17:30</u>																																																									
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()																																																									
MECANISMO DE TRAUMA <table border="1"> <tr> <td> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA </td> <td> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa </td> <td> VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____ </td> <td> OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____ </td> </tr> </table>		AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																																																				
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO X <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____																																																						
AValiação INICIAL <table border="1"> <tr> <td> VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>(F)</u> </td> <td> VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal </td> <td> CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade </td> <td> AVAl. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV </td> </tr> </table>		VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>(F)</u>	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAl. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																																				
VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de glote <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>(F)</u>	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade	AVAl. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV																																																						
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>APAGAR</th> </tr> <tr> <td>Início</td> <td><u>130 x 80</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>23</u></td> <td><u>97</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> </tr> <tr> <td>Fim</td> <td><u>130 x 80</u></td> <td><u>100</u></td> <td><u>23</u></td> <td><u>97</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> <td><u>-</u></td> </tr> </table>		Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	Início	<u>130 x 80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>	<u>97</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	Fim	<u>130 x 80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>	<u>97</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>																													
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR																																																	
Início	<u>130 x 80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>	<u>97</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>																																																	
Fim	<u>130 x 80</u>	<u>100</u>	<u>23</u>	<u>97</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>																																																	
AVAliação SEGUNdária <table border="1"> <tr> <td> Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica </td> <td> Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Fer. penetrante </td> <td> Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula </td> <td> Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo </td> <td> Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento </td> <td> Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração </td> </tr> <tr> <td> Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade </td> <td> Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações </td> <td> MMSS <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td> MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação </td> <td colspan="2"> QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração	Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %	1°											2°											3°										
Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empalamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração																																																				
Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS <table border="1"> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TÓRAX ANTERIOR</th> <th>TÓRAX POSTERIOR</th> <th>GENITALIA</th> <th>MSD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> <tr> <td>1°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %	1°											2°											3°																		
	CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	GENITALIA	MSD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																																															
1°																																																									
2°																																																									
3°																																																									
AVAliação CARDÍACA <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter		<input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	<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"/> Infecçiosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra <u>trauma</u>	<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 <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA		<input type="checkbox"/> LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA																																																							
INCIDENTE <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local: _____		MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS <input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros: _____																																																							
RCP <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> Término as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____		OBSERVAÇÕES <u>15/02/19</u> <u>Stephanie</u> <u>RUIZ</u>																																																							
DESTINO <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota		<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros																																																							

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS

SAMU 192 BV
CONFERE COM
ORIGINAL

OBSERVAÇÕES

15/02/19
Stephanie
RUIZ

Atendido no local
Trauma HGR
Pronto Atendimento
Coronel Mota

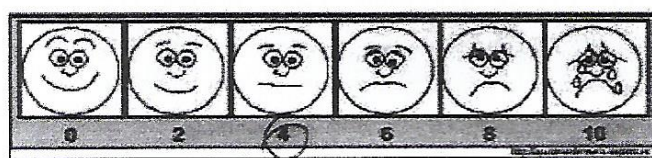
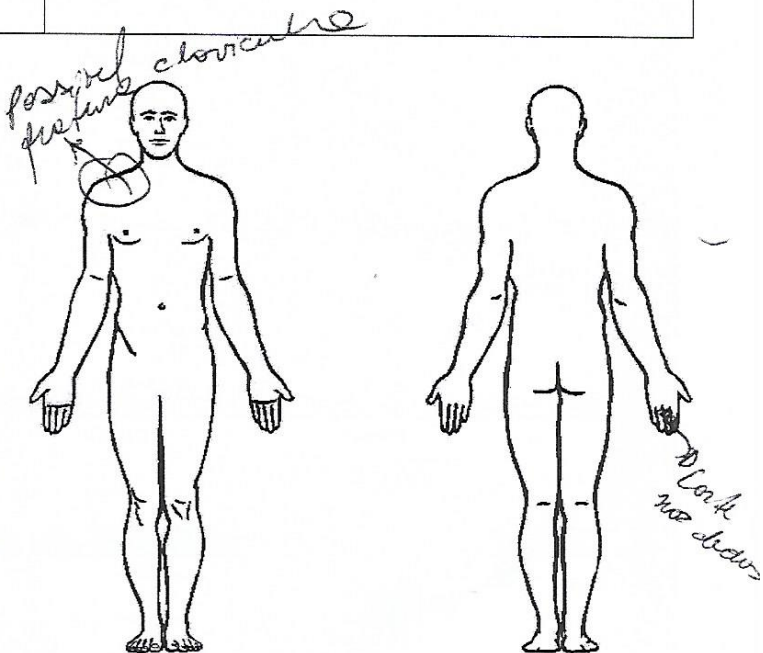
Pol. Cosme e Silva - PCCS
Hosp. Santo Antônio - HCSA
HMINSN

Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
Hosp. Lotte Iris - HLI
Outros

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: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____	02 pontos de luto P e M
Perda de líquido: _____ BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente a estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	6
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	5
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal.	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal.	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência.	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Equipe acionada para ocorrência traumática, colares no tórax x corno, vítima encontrada de decúbito ventral sem capote, relator saiu no momento da colisão, feito protocolo do trauma, possível fratura da clavícula (D), escoriações e cortes nos dedos da mão (D), Alardo de UTR, Verificado os SSVs informados ao médico regulador que encaminhado ao trauma

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 424 - Boa Vista - RR

SAMU 192
CONFÉRMICA
ORIGINAL
EM 15.02.19
Stephanie

Tec. Shirley
COP. RR 342249
Assinatura e carimbo do profissional



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA



DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2018 19:06 Data/Hora Fim: 04/10/2018 19:13
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 809669 Data: 04/10/2018
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 04/10/2018 17:10

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: União

Logradouro: Rua cabo PM Laurindo de Araujo Braga c/ Valdemar Coelho Aguiar

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDEILSON FARIAS DE PINHO (ITEM 1) (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 37

Estado Civil: Solteiro(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 180050

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Amerindo dos Santos

Bairro: Buritis

Nº: 246



Nome Civil: NIVALDO SAVIANO NETO (ITEM 2) (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 38

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 156531

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Zudimar

Bairro: União

Nº: 1472



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

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 039563/2018

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, segundo o ROP 809669 informo que ao realizar um 130017 nos deparamos com uma 1001/1003, acidente de trânsito com vítima e danos materiais, onde o item 01 encontrava-se no chão, com escoriações na mão e no rosto, foi de imediato acionado a equipe médica do SAMU para presta os devidos atendimentos, fomos informados pelo item 01 e o item 02, que o item 01 vinha conduzindo a motocicleta Yamaha XTZ 150 placa NAR 9374, na Rua Valdemar Coelho de Aguiar, sentido a Av. Carlos Pereira de Mello, onde colidiu com o carro do item 02, um fiat uno placa JWY9417, que vinha na rua Cabo PM Laurindo de Araújo Braga, bairro União, sentido centro, o item 2 informou que o item 01 vinha em alta velocidade e não avistou seu carro, e neste cruzamento acabou colidindo com o mesmo. Informo ainda o local foi violado antes da chegada da viatura, pois as partes entraram em acordo e o item 01 afirmou que iria assumir com os danos materiais do item 02, informo ainda que o item 01 estava com a habilitação vencida desde 27/09/2016, assim foi feito o auto de infração de trânsito sob o nº SE00121662, e recolhida a mesma. A motocicleta encontrava se em dias por isso foi liberada para o senhor Avelard Almeida E Silva, Habilitado, e sob o CPF: 446 283 232 – 91, amigo do item 01. Por ultimo informo que o item 01 não pode assinar o auto de infração, pois o mesmo foi conduzido ao Hospital Geral Francisco Elesbão. Era o que tinha a declarar.

ASSINATURAS

Jorgenir da Silva
Responsável pelo Atendimento

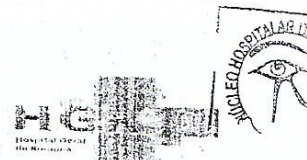
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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



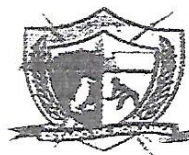
04/10/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308



1801018017	04/10/2018 18:04:51	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	57
Paciente		Data Nascimento		Idade	CNS	CPF
EDELSON FARIAS DE PINHO ARAUJO		05/05/1981		37 A 4 M 30 D		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	180050	SSP/RR		M		PARDA
Mãe	MARIA DAS DORES FARIAS DE PINHO ARA		Pai		Contato	
Endereço	- RUA SANTA CLARA - 337 - - -				Ocupação	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	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		REILA.RODRIGUES			
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Paciente refere acidente carro + moto.				
Exame Físico		86,6, 40, 55, 50, 110.				
Hipótese Diagnóstica		Fratura da tíbia.				
SADT - Exames Complementares		<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:				
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
mexer 10 g de						
movimento 10 g de						
Dr. Marcus Brunner						
Médico Residente						
Ortopedia e Traumatologia						
CRM 1917/RR						
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica		<input type="checkbox"/> Ambulatório				
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido		<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)				
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia		<input type="checkbox"/> Internação				
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: internado		Data e Hora da Saída/Alta: / /				
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: reila.rodrigues						
Data Hora: 04/10/2018 18:05:15						
O 2014 SISTEMA - Soluções em Tecnologia da - Hospital em Saúde RUA 2207 - 101/102		1801018017				



NOV 11 1964

NOME: Emerson Luiz de Pinho
Araújo.

hano weni

Paciente com Acromegalia. Anteriormente
 tinha melhora transitória de sintomas
 (1). Hoje já em bom estado geral
 com boa alimentação. Já se encontra
 com sinais de congestão. Já em-
 bora-se para a melhoria dos sín-
 dromes laborais. Encaminhado a
 monitorar

Dr. Marcus Brunner
 Médico

DATA

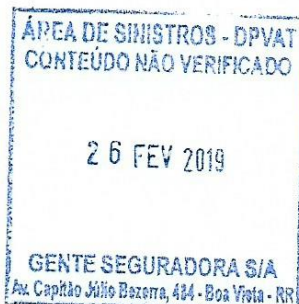
27, 11, 18

Dr. Marcus Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
SEM MEDICINA

WIR

CANASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611





EDELSON FARIAS

11996

HOSPITAL CORONEL MOTA

11/10/2018

Fabiola Castro

76,4 %



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0021170-2

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ezequiel, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 12.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nota Fiscal: 1 Conta de Energia Elétrica - Símbolo B-1

Regime especial de Imprescrita autorizada pela SEFAZ RR/13

Nº da Nota Fiscal: 001888189

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2018	11/12/2018	675	529,07

MARIA DAS DOKES FARIAS DE PINHO ARAUJO

R. ALMERINDO SANTOS 246 BURITIS

CPF: 00040205126391

CEP: 69.309-190 - BOA VISTA

ROT: 6.001.13.06.021400

DADOS DA LEITURA	KWh	KVAh	DATAS DA LEITURA
Atual:	14834		Atual: 27/11/2018
Anterior:	14159		Anterior: 26/10/2018
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 26/12/2018
Consumo Medido:	675		Emissão: 26/11/2018
Consumo Faturado:	675	FCAH	Aprovação: 27/11/2018
NORMAL			32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	E1	1610002291H	1510011	1.1.1.2	589

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/18 698	CONSUMO 675 A R\$ 0,755994 = 510,29
SET/18 480	ILUMINACAO PUBLICA 18,78
AGO/18 603	
JUL/18 464	
JUN/18 548	
MAI/18 582	
ABR/18 693	
MAR/18 657	
FEV/18 653	
JAN/18 595	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 675 - 0,602303	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MEDIO 38,50% RESOLUCAO ANEEL N. 2.479
DE 30.10.18. CASO HAJA COBRANCA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA
FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO
LIGUE 08007019170 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 26/11/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO FISCAL D358.F813.80ED 6A1A.0574.1565.15A0.94EB

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 409,63	Base de Cálculo: 510,29
Energia: 0,00	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 86,74
Encargos: 0,00	Valor do PIS: 2,46
Tributos: 100,66	Valor do COFINS: 11,46

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Edelson Farias de pinho Araujo brasileiro
(a), leitorista uniao at portador (a) do RG nº
180-050 inscrito (a) no CPF sob o nº 737.934.342-49 residente e
domiciliado (a) na Rua Alameda Teles Sato nº 246, Bairro
Buzutris, Boa Vista-RR, CEP 69-309-190, telefone
nº (95) 991-2163-71 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, 10 de abril de 2019.

Edelson Farias de pinho Araujo
DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		DETTRAN - RR CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
Nº 013746565706		Nº 013746565706	
VIA - COD. RENAVAM - RNTRE - EXERCICIO		VIA - COD. RENAVAM - RNTRE - EXERCICIO	
01 01150740572 2018		01 01150740572 2018	
NOME		NOME	
MARIA DAS E. FARIAS DE F. BRUNO		MARIA DAS E. FARIAS DE F. BRUNO	
CPF/CNPJ		CPF/CNPJ	
402.051.263-91		402.051.263-91	
PLACA		PLACA	
402.051.263-91		402.051.263-91	
CHASSI		CHASSI	
9C6D62550J0003528		9C6D62550J0003528	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAR/MOTOCICLETA/NAO APLIC.		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
YAMAHA/XIZ150 CROSSER S		2018 2018	
COR PREDOMINANTE		COR PREDOMINANTE	
PRETA		PRETA	
CAP/POT/CIL		CATEGORIA	
2P/0149CC/		PARTICU	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
1º *****		1º *****	
2º *****		2º *****	
3º *****		3º *****	
FAIXA LIVRA		PARCELAMENTO/COTAS	
A VIX PAGO COTA UNICA		A VIX PAGO COTA UNICA	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		IOF (R\$)	
R\$40.97		R\$0.53	
PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
R\$140.17		26/04/2018	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
AL.FID. EV FINANCEIRA S/A CFI * PROIB SA		AL.FID. EV FINANCEIRA S/A CFI * PROIB SA	
IR AMAZ OCCIDENTAL		IR AMAZ OCCIDENTAL	
DATA		DATA	
26/04/2018		26/04/2018	
Diretor Presidente		Diretor Presidente	
Francisco Bezerra Marques		Francisco Bezerra Marques	
DETTRAN-RR		DETTRAN-RR	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.608/0001-04	
013746565706	
901566008717	
COTA UNICA	
PAGAMENTO	
PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO	
26/04/2018	
FNS (R\$)	
DENATRAN (R\$)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$60.97	
R\$6.77	
R\$67.75	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
IOF (R\$)	
R\$4.15	
R\$0.53	
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$140.17	
EXERCICIO	
DATA EMISSÃO	
2018	
02/05/2018	
VIA	
OFF / CNPJ	
PLACA	
402.051.263-91	
NAE9374	
RENAVAM	
MARCA / MODELO	
YAMAHA/XIZ150 CROSSER S	
Nº CHASSI	
9C6D62550J0003528	
ANO FAB	
CAT. TARE	
2018	
9	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$)	
DENATRAN (R\$)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$60.97	
R\$6.77	
R\$67.75	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
IOF (R\$)	
R\$4.15	
R\$0.53	
TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)	
R\$140.17	
COTA UNICA	
PAGAMENTO	
PARCELADO	
DATA DE QUITAÇÃO	
26/04/2018	

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 FEV 2019

GEENTE SEGURADORA S/A
Av. Coronel João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DAS DORES FARIAS DE PINHO ARAÚJO,
RG nº 203.123, data de expedição / / ,
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 402.054.263-91, com
domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: ALMERINDO DOS SANTOS BAIRRO: BURITIS, nº 246,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDELSON FARIAS DE PINHO ARAÚJO o condutor era
EDELSON FARIAS DE PINHO ARAÚJO.

Veículo: MOTO CICLETA

Modelo: YAMAHA XTZ 150 CROSSER S

Ano: 2018/2018

Placa: NAR 9374

Chassi: 3C6D625503003528

Data do Acidente: 04.10.2018

Local e Data: BOA VISTA RR / 28/11/2018



Maria das Dores Farias de Pinho Araújo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Teixeira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3627-4186
2oficio@boavista.com.br

64819.5D1e2J08Ac8D
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de MARIA DAS DORES FARIAS DE PINHO ARAÚJO

64.819

Em testemunho da verdade, LFS
Do que dou fé, Boa Vista/RR, 28 de novembro de 2018.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadao.portalsei.rr.com.br
REC/FIR1682964T40UN86IWT6L817

Emolumentos: R\$ 2,39 Fundos/TSS: R\$ 0,60 Total: R\$ 2,99

Tatiana Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada



25/04/2019: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO.

Data: 25/04/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 4ª Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

25/04/2019: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR.

Data: 25/04/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

25/04/2019: RECEBIDOS OS AUTOS.

Data: 25/04/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

Data: 25/04/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ

Data: 29/04/2019

Movimentação: CONCEDIDO O PEDIDO

Por: JARBAS LACERDA DE MIRANDA

Relação de arquivos da movimentação:

- Despacho



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI

DO CENTRO CÍVICO, 666 - , - Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro - BOA VISTA/RR - CEP:
69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail: 4vcivelresidual@tjrr.jus.br

Processo: 0812668-60.2019.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$13.500,00
Autor(s) Edelson Farias de Pinho Araújo Rua Almerindo dos Santos, 246 - Buritis - BOA VISTA/RR - CEP: 69.309-190
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

DECISÃO INICIAL

(CPC: Art. 203, §2º)

01. Não há pedido de tutela de urgência ou de evidência.

02. Renovando meu entendimento anterior, com base nos princípios da duração razoável do processo, celeridade processual e instrumentalidade das formas, hei por bem determinar a citação *on line* da parte Requerida, sem a designação de audiência de conciliação, conforme prescreve o artigo 334, § 4º, do Código de Processo Civil, ficando o réu ciente de que não apresentando defesa escrita no prazo de 15 (quinze) dias, por intermédio de advogado(s), presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos alegados na inicial, salvo se o contrário resultar da prova dos autos.

03. Essa medida se faz importante, diante do crescente número de processos nesta Vara, bem como para não inviabilizar a pauta de audiência deste juízo, além de que se torna mais econômico e viável a realização de audiência somente em casos de necessidade de produção de prova testemunhal. O que, nesse momento processual, ao meu entendimento, não restou configurado, mais futuramente poderá ser analisado por este juízo prováveis requerimentos dessa modalidade de prova judicial.

04. Em caso da parte Requerida ter apresentado resposta, comparecendo espontaneamente ao processo, nos termos do § 1º do Artigo 239 do Código de Processo Civil, considero válida a citação inicial da parte. Precedente: “A finalidade da citação é dar conhecimento ao réu da existência de ação contra ele ajuizada, portanto o comparecimento espontâneo de pessoa legalmente habilitada remedeia qualquer possível irregularidade na citação, afastando sua nulidade” (STJ, REsp 671.755/RS, Rel. Min. Castro Meira, 2ª Turma, jul. 06.03.2007, DJ 20.03.2007, p. 259).

05. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

06. Constato que o caso em tela trata-se de relação de consumo, e está presente o requisito da

hipossuficiência do consumidor, assim, inverte o ônus da prova (CDC: inciso VIII, art. 6º).

07. Eventual requerimento da parte para realização de exame pericial deverá constar expressamente da peça processual, sob pena de ser entendido desinteresse da parte na realização desta espécie de prova, prosseguindo-se o processo em seus ulteriores termos.

08. Nesse aspecto, neste momento processual já nomeio como perito(s)-médico(s) deste juízo o **Dr. Fernando Bernardo de Oliveira**, devendo o(a) senhor(a) Escrivão(a) no momento processual adequado marcar o exame pericial da parte autora de acordo com o cronograma de disponibilidade fornecido pelo mencionado profissional, conforme comunicação dirigida a este juízo, no endereço ali indicado.

09. Ressalvado meu entendimento pessoal sobre o tema, entretanto considerando as recentes decisões adotadas pelo Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, em nome do princípio da duração razoável do processo, hei por bem seguir aquele entendimento e, via de consequência, arbitrar os honorários do(a) senhor(a) perito(a) judicial em **R\$ 500,00 (quinhentos reais)**.

10. Assim, nos termos do § 1º, do Artigo 95 do Código de Processo Civil, determino o recolhimento prévio do respectivo valor em Cartório, dentro do prazo da contestação e respostas - 15 (quinze) dias, pela parte Requerida (**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**), mediante guia própria, no site do TJ-RR, dando ciência ao(à) senhor(a) perito(a) judicial do depósito e para o início do exame.

11. Com a finalização do exame, com a entrega do laudo em juízo, independentemente de nova decisão judicial, autorizo o levantamento da quantia pelo(a) senhor(a) perito(a) judicial. Caso não seja recolhida a importância, no prazo fixado acima, será considerada falta de interesse da parte na realização dessa prova, seguindo-se o processo em seus demais atos processuais.

12. Em caso de necessidade de exames complementares (Raio-X, Tomografia computadorizada, etc.), deverá o(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial comunicar este juízo para intimação da parte para complementar o valor do exame médico-pericial, em nova decisão.

13. Fixo o prazo de 15 (quinze) dias para apresentação do laudo pericial, nos termos do Artigo 465 do Código de Processo Civil.

14. Deverá ainda o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) providenciar o acesso aos documentos necessários ao(à) Senhor(a) Perito(a), via Sistema Virtual do PROJUDI, para o exame pericial e/ou fotocópias das principais peças processuais (se for o caso), essas últimas às expensas das partes.

15. Com a apresentação do laudo, deverá o(a) Senhor(a) Escrivão(ã) Judicial intimar as partes, via sistema PROJUDI, conforme disposto no parágrafo único do Artigo 433 do Código de Processo Civil.

16. Intimem-se as partes para, querendo, no prazo legal, contados da intimação desta decisão, indicar assistente técnico e apresentar seus quesitos, conforme faculdade do § 4º do Artigo 477 do Código de Processo Civil.

17. Nesse mesmo prazo, fica a parte intimada do dever de comparecimento ao local e horário indicado, ficando ainda à disposição do(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial, pelo prazo necessário e suficiente para a realização da perícia técnica. (O(a) Senhor(a) Perito(a) Judicial deverá previamente indicar a este Juízo o local, horário ou outra forma de agendamento, através do Cartório, independente de nova decisão).

18. Nos termos do Artigo 474 do Código de Processo Civil, determino ao(à) Sr.(a) Escrivão(ã) que dê ciência às partes, via intimação pelo sistema PROJUDI aos seus respectivos advogados cadastrados, da data e local indicado pelo Senhor Perito para ter início à produção da prova pericial a entrega do laudo pericial, intimem-se as partes para ciência, com prazo de 05 (cinco) dias.

19. Cite-se. Intimem-se. Cumpra-se, com as cautelas de estilo.

Boa Vista/RR, data constante do sistema Projudi.

Jarbas Lacerda de Miranda
Juiz de Direito Titular da 4ª Vara Cível
(Assinado digitalmente)



09/05/2019: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO.

Data: 09/05/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Complemento: Para advogados/curador/defensor de Edelson Farias de Pinho Araújo com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (29/04/2019)

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

09/05/2019: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE.

Data: 09/05/2019

Movimentação: EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE

Complemento: Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis

Por: VALESKA CRISTIANE DE CARVALHO SILVA

Relação de arquivos da movimentação:

- CITAÇÃO ONLINE



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA
COMARCA DE BOA VISTA
4ª VARA CÍVEL - PROJUDI
DO CENTRO CÍVICO, 666 - , - Fórum Adv. Sobral Pinto - 2º andar - Centro -
BOA VISTA/RR - CEP: 69.301-380 - Fone: (95) 3198-4717 - E-mail:
4vcivelresidual@tjrr.jus.br

MANDADO DE CITAÇÃO/INTIMAÇÃO
ONLINE

Processo: 0812668-60.2019.8.23.0010
Classe Processual: Procedimento Ordinário
Assunto Principal: Seguro
Valor da Causa: : R\$13.500,00
Autor(s) Edelson Farias de Pinho Araújo Rua Almerindo dos Santos, 246 - Buritis - BOA VISTA/RR - CEP: 69.309-190
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205
PESSOA A SER CITADA/INTIMADA:
Réu(s) Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A Rua Senador Dantas, 74 5º andar - Centro - RIO DE JANEIRO/RJ - CEP: 20.031-205

Por ordem do MM. Juiz(a) JARBAS LACERDA DE MIRANDA, Titular da 4ª Vara Cível desta Comarca, em cumprimento a este, fica a parte promovida, **CITADA ELETRONICAMENTE** para tomar conhecimento da ação acima mencionada, nos termos da petição inicial e do despacho/decisão judicial retro, ficando a mesma advertida de que tem o prazo de 15 (quinze) dias para oferecer resposta. Se a parte ré não contestar a ação, será considerada revel e reputar-se-ão verdadeiros os fatos afirmados pela parte autora, ressalvadas as hipóteses do art. 345 do CPC. Ainda, fica **INTIMADA** para, no mesmo prazo, manifestar-se sobre a possibilidade de acordo em audiência de conciliação ou julgamento antecipado da lide. Caso negativas as hipóteses, a parte deverá especificar as provas que pretende produzir, bem como os fatos que com elas pretenda comprovar.

BOA VISTA, 9/5/2019.

ALDENEIDE NUNES DE SOUSA
Diretor(a) de Secretaria, por ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito
JARBAS LACERDA DE MIRANDA

OBSERVAÇÃO: 1 - Este processo tramita através do sistema CNJ (PROJUDI), cujo endereço na web é <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/>. Para juntar documentos aos autos (procurações, cartas de preposição, contestações, etc.), limite os arquivos ao máximo de 3MB cada, estando devidamente habilitado para acessar ao sistema.

09/05/2019: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA.

Data: 09/05/2019

Movimentação: LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

Complemento: (Pelo advogado/curador/defensor de Edelson Farias de Pinho Araújo) em 09/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (29/04/2019) e ao evento de expedição seq. 7.

Por: Wallyson Barbosa Moura

10/05/2019: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA.

Data: 10/05/2019

Movimentação: LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA

Complemento: Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 10/05/2019 referente ao evento de expedição seq. 8.

Por: JOÃO ALVES BARBOSA FILHO