



**VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA**

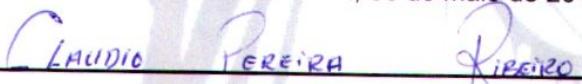
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO, brasileiro, solteiro, autonomo, portador do RG 241548 SSP/RR e CPF 927.638.122-87, sendo este residente e domiciliado na Avenida Carlos Pereira de Melo, 1773, Bairro Jardim Floresta, Estado de Roraima.

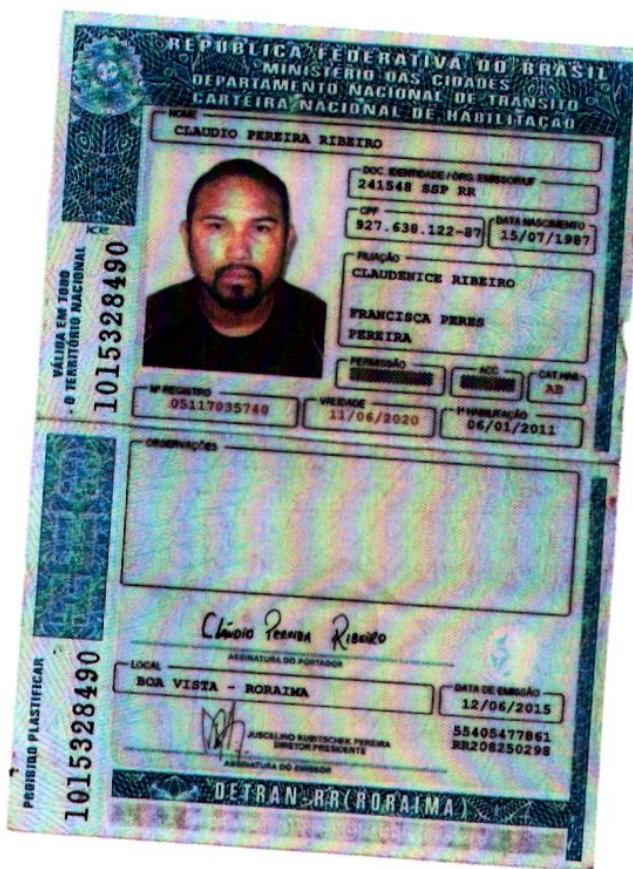
OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, ambos com escritório profissional situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 30 de maio de 2019.



CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO



14/05/2018

...:: 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 - AEROPORTO



1800950467	14/05/2018 14:48:09	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			DIURNO 07-19	35
Paciente CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO		Data Nascimento 15/07/1987	Idade 30 A 9 M 30 D	CNS 898003472822998	CPF 92763812287	Prontuário
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 241548	Órgão Emissor Estado Civil	Sexo M	Raça/Cor PARDA	Naturalidade NACIONALIDADE	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe FRANCISCA PERES PEREIRA			Pai CLAUDENICE RIBEIRO		Contato (95) 99122-6338	Ocupação
Endereço RUA - OTILIO DE OLIVEIRA CRUZ - 752 - ALVORADA - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE CARRO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada RESGATE		Procedimento Sol.		Registrado por: ELENILDA.SILVA	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ : ____ h)						
Exame Físico	<p><i>Dolor de dor no dor no dor</i></p> <p><i>- Jg</i></p> <p><i>- dor dor</i></p>					
Hipótese Diagnóstica						
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 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Dolor de dor no dor no dor</i> <i>+ dor dor</i> <i>- Jg</i>			<p>PROFISSIONAL DE SAÚDE AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 Nº 102-500-0620 Tel: (95) 2121-0620</p> <p>APRAZAMENTO AUTENTICAÇÃO</p> <p>21 DE 2013</p> <p>Certifico e dou fé que a presente cópia é da reprodução original que foi apresentado neste Hospital</p>			
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação 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			
<i>Otopediia</i> <i>Dra. Daniella Cogo</i> <i>Medicina de Trauma</i> <i>CRM-RR 1680</i>			<i>Carlmo e Assinatura do Médico</i>			
Impresso por: elenilda.silva Data Hora: 14/05/2018 14:49:50						

Brópole

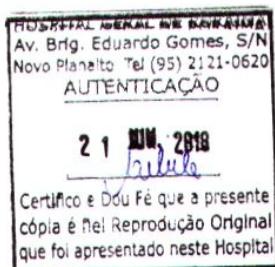
Dr. Potrait

Resolut mete + carvo 1j. Rx

Avitrofusor F + 10 clavicle (E). Ef:
Dor articular.

Dr. Tropicônio + analgésico — Dr

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995





GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

Paulo P. DPNAT RECEITUÁRIO

Claudio Pereira Robeiro

Pete sofreu frat de clavícula
sendo tratado conservadoramente.
Seu depeit juncional
Residual

CD: 542-2

DATA 20/06/18

Assinatura e Carambo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 636 – Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 – CNPJ 84.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023746/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/06/2018 08:37 Data/Hora Fim: 07/06/2018 09:03
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/06/2018
Delegado de Policia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 14/05/2018 13:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Pedro Aldemar Bantim
Complemento: Cruzamento

Bairro: Pintolândia

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Veículo da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

EN VOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: CLÁUDIO PEREIRA RIBEIRO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 15/07/1987
Profissão: Pastor Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Francisca Peres Pereira

Nome do Pai: Claudenice Ribeiro

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 927.638.122-87

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua: Odílio Oliveira Cruz

Nº: 732

Complemento: Casa

Bairro: Alvorada

Telefone: (95) 99122-6338 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veiculo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Renavam 1123252855	Placa NAV-8257
Número do Chassi 9C2KC2210HR027321	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 023746/2018

Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvidos
Cláudio Pereira Ribeiro	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Cor VERMELHA	Marca/Modelo FIAT/PALIO
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 05117035740), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta de sua propriedade também já descrita acima, pela via preferencial, quando em um determinado cruzamento foi colidido por um veículo que invadiu à preferencial. Que não sabe informar a placa do veículo ocasionador da colisão, apenas que era um FIAT/PÁLIO DE COR VERMELHA. Que desmaiou no local, sendo resgatado por uma equipe do Corpo de Bombeiros. Que sofreu lesões corporais (ESCORIAÇÕES E FRATURA NA CLAVÍCULA DO OMBRO ESQUERDO). QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

DAT

07 JUN. 2018

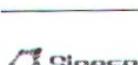
Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFIRMO

Cláudio Pereira Ribeiro
(Vítima / Comunicante)

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

Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908





Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO
Nº Sinistro: 3180461945
Vitima: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO
Data do Acidente: 14/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MIZAEL NUNES DE SOUSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180461945**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Ref.: 000461945 - Uditado - U3 - INVALIDEZ



Carta nº 13446876



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180461945

Vitima: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO

Data do Acidente: 14/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MIZAEL NUNES DE SOUSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180461945**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Ref.: 000461945 - Lider_U3 - INVALIDEZ

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13446876

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, **ISABELLA RAQUELANE SOUZA DA SILVA**, brasileira, solteira, portador(a) do RG, nº 392062-3 SSP/RR e CPF nº 022.126.452-36. **DECLARO** para fins de comprovação de residência, que **CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO**, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 241548 SSP/RR e CPF nº 927.638.122-87, é residente e domiciliado em meu endereço na avenida Carlos Pereira de Melo, nº1773, bairro Jardim Floresta, na cidade de Boa Vista-RR, CEP: 69312-005.

Por ser expressão da verdade, assino para que produza seus efeitos legais.



Isabella Raquelane souza da silva

ISABELLA RAQUELANE SOUZA DA SILVA



Isabella Raquelane souza da silva
28.664
Daniel Aquino Escrivente Autorizada

Boa Vista-RR, 03 de Julho de 2018



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

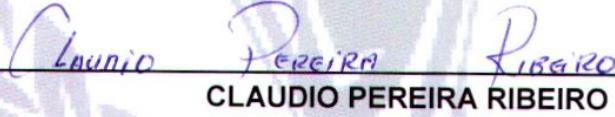
OUTORGANTE: CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO, brasileiro, solteiro, autonomo, portador do RG 241548 SSP/RR e CPF 927.638.122-87, sendo este residente e domiciliado na Avenida Carlos Pereira de Melo, 1773, Bairro Jardim Floresta, Estado de Roraima.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 30 de maio de 2019.



CLAUDIO PEREIRA RIBEIRO