



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE ANTONIO NETO MARCELA FARIAS, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Func. Público,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 1933283 SSP/RR
e inscrito(a) no CPF/MF nº 701.354.792.15, residente e domiciliado
(a) na TRAV. Julho Pinto, nº 15,
Bairro: TANCREDO NEVES no
município BOA VISTA /RR, telefone: (95) 991651589, E-mail:
_____, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

_____/RR _____, de _____ de 20____.

ANTONIO NETO MARCELA FARIAS

Outorgante

CPF/MF nº _____



Dr. JUNIOR EMERSON DE SOUZA CAMILO
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE,
estado civil Solteiro, RG nº 1933283 SSP/RR, e CPF
nº 701 354 972-15, residente e domiciliado (a) na
TERU TULHO PRATO Nº 15 Bairro:
TANCEEDO NEVES, Cidade BOA VISTA RR.
- Roraima, telefone (95) 991651589.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____.

ANTONIO NETO M FREIRE

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANTONIO NETO MORAIRA FREIRE

CPF 193283 88P RR

CPF 701.354.792-15 DATA NASCIMENTO 08/03/1981

PRACAO ESTEVAN FREIRE FREIRE

NEUSA MOTA MORAIRA

REGISTRO 04155567470 VALIDEZ 15/05/2023 1ª HABILITACAO 01/08/2007

RESERVACAO A

ASSINATURA DO DETRANISTA

LOCAL C/DA VIZINIA RR

DATA DE EMISSAO 16/05/2018

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISOR

98971700246
RZ209658924

DETRAN-RR

1650859641

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

RORAIMA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1650859641

ANTONIO LETO MOREIRA PEREIRA

CPF: 701.354.792-15

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1981

PRACAO: ESTEVAN PEREIRA PEREIRA

NEUZA MOTA MOREIRA

PPRACAO: 04155567470

VALIDADE: 15/05/2023

HABILITACAO: 01/08/2007

PROIBIDO PLASTIFICAR

1650859641

ANTONIO FRANCISCO DE ARAUJO MARQUES
DETRAN RJ

DATA DE EMISSAO: 16/05/2019

99971780246
RR209658924

RORAIMA



RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato conosco informe este número

Nº da Nota Fiscal: 003408265

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

SEU CÓDIGO

0030556-1

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	10/09/2019	266	261,08

MARIA DO CARMO DE MORAES SANTANA
TV JULIO PINTO 15 TANCREDO NEVES
CPF: 00024162558272
CPF: 69.313-538 - BOA VISTA

ROT: 26.001.14.15.125800

DADOS DA LEITURA		kWh	kVAh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	14844			Atual:	12/08/2019
Anterior:	14578			Anterior:	11/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	12/09/2019
Consumo Medido:	266			Emissão:	09/08/2019
Consumo Faturado:	266		FCAM	Apresentação:	12/08/2019

Forma de Pagamento:	NORMAL	Parcelas:	32
---------------------	--------	-----------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14TDB02703 N	1507688	1.1.1.2	295

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 274	CONSUMO 266 A R\$ 0,772737 = 205,54
JUN/19 210	DOACAO LBV - 0800 0555099 24,00
MAR/19 361	ILUMINACAO PUBLICA 31,54
ABR/19 443	
MAR/19 309	
FEV/19 208	
JAN/19 240	
DEZ/18 264	
NOV/18 380	
OUT/18 415	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
R\$ 266 - 0,534620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 16.11.16.21.26
Parabéns! Até a dia 09/08/2019, não constatamos futuras vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 636D.FBF5.C3F6.4B67.E4BF.1467.0740.C50F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	52,26	Base de Cálculo:	205,54
Energia:	110,80	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	34,94
Encargos:	5,75	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	36,73	Valor do COFINS:	1,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99	
1,00			4,00			0,49	
FLORESTA				06/2019		68,90	

SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

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

RR Nº 013042205559 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018

323.242.432-53

DATA EMISSÃO 23/07/2018

PLACA NA09724

CHASSI 9C2KD0550CR570709

COMBUSTÍVEL ALCO/BASOL

ANO FAB 2012

ANO MOD 2012

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

CATEGORIA PARTICU

COR PREDOMINANTE PRETA

VENG. COTA UNICA *P660*

VENG. COTAS 1*****

PARCELAMENTO / COTAS 2*****

FAIXA L PVA ** P660 COTA UNICA **

3*****

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) R\$81,29

DENATRA (R\$) R\$9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90,33

TOTAL A SER PAGO (R\$) R\$180,33

DATA DE OUTRGA 13/07/2018

PAGAMENTO ☐ COTA UNICA ☒ PARCELADO

CNPJ 09.248.608/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

JUL / 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR Nº 013042205559

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01

COD. RENAVAM 00461101300

R.N.T.R.C. 2018

EXERCÍCIO 2018

NOME JOSE AUGUSTO MOREIRA

RR

PLACA NA09724

CNPJ / CNPJ 323.242.432-53

PLACA ANT / UF

CHASSI 9C2KD0550CR570709

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC.

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB 2012

ANO MOD 2012

COR PREDOMINANTE PRETA

CATEGORIA PARTICU

VENG. COTA UNICA *P660*

VENG. COTAS 1*****

PARCELAMENTO / COTAS 2*****

FAIXA L PVA ** P660 COTA UNICA **

3*****

PRÊMIO TARIFARIO

IOF (R\$) R\$0,7

PRÊMIO TOTAL (R\$) R\$180,33

DATA DE PAGAMENTO 13/07/2018

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO - PROJ. SAIR DA A

MAZ DEID * Antonio Francisco Bezerra Marques

Diretor Presidente

LOBEIRAN-RR

BOA VISTA-RR

DATA 23/07/2018

CONTRAN

AUTENTICAÇÃO MECANICA



566537

59



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035095/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 08:37 Data/Hora Fim: 14/10/2019 08:54
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/09/2019 11:45

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: deusa leitão

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Açailândia Sexo: Masculino Nasc: 08/03/1981
Profissão: Funcionário Público
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Estevan Pereira Freire

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 193283

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: av lameda antares

Nº: s/n lote 61 q 84

Bairro: cidade satelite

Telefone: (95) 99165-1589 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava na motocicleta honda broz preta de placa NAO9724 chassi 9C2KD0550CR570709, em nome de JOSE ALGUSTO MOREIRA, na rua acima mencionado quando de repente uma outra motocicleta que vinha sentido contrario invadiu a contra mão atingindo o comunicante que veio a cair, com o impacto o comunicante quebrou um dedo do pé direito, que foi atendido pelo samu e conduzido ao hgr. Que não sabe formar maiores detalhes da outra motocicleta. É o relato.

Que não deseja representar.



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 14/10/2019 08:54
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

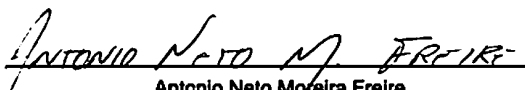
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 035095/2019

ASSINATURAS	
 Francinelson Cardoso Froz Agente Carcerário Matrícula 042000582 Responsável pelo Atendimento	 Antonio Neto Moreira Freire (Comunicante / Vítima)

"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 delongem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190698459

Vítima: ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Data do Acidente: 10/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura 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. 00797/00798 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 15278755

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

Recebido em

Assinatura

REG: 5332/2011

NOME: HARRISSON BEZERRA DE ANDRADE

IDADE: --

SEXO: M

EXAME: USG. Abdominal

PRO. ED.: Grande Trauma

MÉDICO SOLIC.: Dra Thalita Gomes

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa normais. Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto normais. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes normais e conteúdo anecóico.
Cóndoco de diâmetro e aspecto normal, sem imagens no seu interior.

PÂNCREAS: Não visualizável.

BATIDO: Forma, volume, contornos e ecotextura parenquimatosa normais.

RENES: Tópicos. Bordas e contornos definidos. Volume conservado. Ecotextura parenquimatosa homogênea. Sistemas pielocalicais normais. Relações córtico medulares mantidas.

VEIA E AORTA: Não visualizável devido a gás intestinal e projeções.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros. Ausência de líquido no momento.

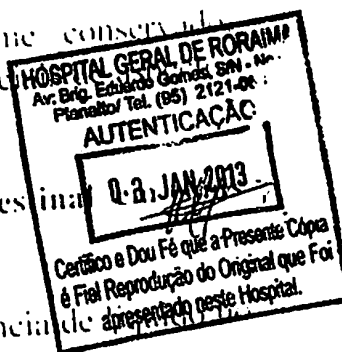
BEXIGA: Distendida. Paredes regulares e finas. Conteúdo anecóico.

Cistos: Ausência de líquido livre intra-peritônio no momento deste exame.

Outros: Órgãos examinados sem alterações ecográficas.
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

Boa Vista, 4/12/2011 16:14

Dr. Marcos Albuquerque CRM-138-RR



Nome: Antônio Noto Moreira Freire Idade: 39 Sexo: masculino

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1667 -SAMU
192EQUIPE SAMU BV
UNIDADE: BRAVO IIEQUIPE: marcos + brigem + joãoPaciente: Antônio Noto Moreira FreireIdade: 39Sexo: masculinoNacionalidade: brasileira

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []

Endereço: R. Senador Leites Canabarro s/nºBairro: Parque São JoãoNº 15.540DATA 30/01/2019HORA J/9: 12:14

BASE [] VIA []

[] RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. LydianaHORA J/10: 12:25

[] CELULAR

MOTIVO
INICIALmotociclista

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [x]

1 a 3 horas []

4 a 24 horas []

Mais de 24 horas []

Não sabe []

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

☒ Acidente de trânsito☐ Urgência psiquiátrica☐ Queimadura☐ Urgência obstétrica☐ Agressão física / espancamento☐ Tentativa de suicídio☐ Choque elétrico☐ Transferência☐ Agressão física - FAF☐ Envenenamento☐ Queda☐ Exame complementar☐ Agressão física - FAB☒ Afogamento☒ Urgência clínica☐ Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA

MEIO DE LOCOMOÇÃO

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

ITENS DE SEGURANÇA

☐ Pedestre☐ A pé☐ Ônibus☐ Automóvel☐ Bicicleta☐ Capacete☒ Condutor☐ Automóvel☐ Micro-ônibus☒ Motocicleta☐ Animal☐ Cinto de segurança☐ Passageiro☒ Motocicleta☒ Outro☐ Ônibus☒ Outro☐ Airbag☐ Ignorado☐ Bicicleta☐ Micro-ônibus☒ Assento para criança

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS

VENTILAÇÃO

CIRCULAÇÃO

AVAL. NEUROLÓGICA

☒ Livre☐ Apnéia☐ Bradicárdico☐ Taquicárdico☐ Obstrução Parcial☐ Dispnéia☐ Enchimento capilar acima de 2"☐ Miose☐ Obstrução Total☐ Bradipnéia☐ Pulso radial ausente☐ Midríase☐ Corpo estranho☒ Taquipnéia☐ Pulso central ausente☐ Anisocoria [] D [] E☐ Outro: _____☐ Taquipnéia☐ Cianose central☐ Aparelho Alcoolizado☒ Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início <u>12:26</u>	<u>130x50</u>	<u>100</u>	<u>21</u>	<u>100%</u>			<u>10</u>	<u>15</u>
Fim <u>12:54</u>	<u>120x40</u>	<u>70</u>	<u>19</u>	<u>100%</u>				

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 - Dor

2 - Hematoma

3 - Contusão

4 - Escoriação

5 - Laceração

6 - Luxação

7 - Fratura fechada

8 - Fratura exposta

9 - Amputação

10 - Evisceração

11 - Afundamento de crânio

12 - Ferimento penetrante

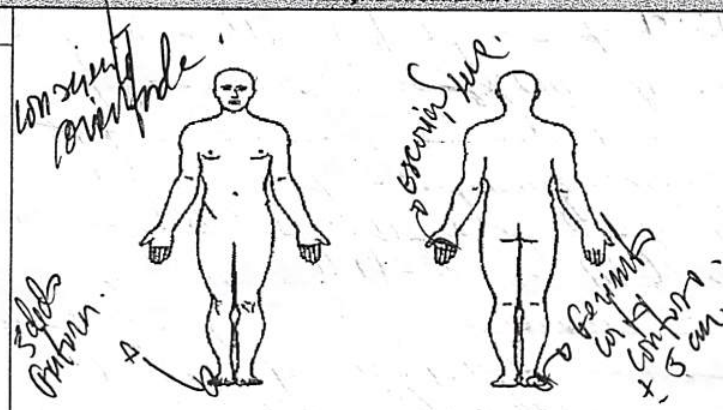
13 - Tórax instável

14 - Enfisema subcutâneo

15 - Ferida aspirativa

16 - Empalamento

17 - Outros



ABERTURA OCULAR

4 - Espontânea

3 - Ao comando

2 - À dor

1 - Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 - Orientado

4 - Confuso

3 - Palavras inapropriadas

2 - Palavras incompreensíveis

1 - Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 - Obedece a comandos

5 - Localiza a dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFECÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PREGRESSA

☒ Ritmo Sinusal☐ FV☐ Neurológica☐ Metabólica☐ Diabetes☒ Alergia☐ Taquicardia Sinusal☐ TV☐ Respiratória☐ Infeciosa☐ Cardiopatia☐ Outros☐ Flutter Atrial☐ AESP☐ Cardiovascular☐ HAS☐ Medicção de uso☒ Fibrilação atrial☐ Assístolia☐ Digestiva

GRAVIDADE COMPROVADA

☐ Iliso☐ Pequena☒ Média☐ SeveraLuiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
CRM RR 1583

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização☐ Não se encontrava no local☐ Polícia Militar☐ Guarda Municipal☐ SAMTRAN☐ Bombeiros☐ Outros

Pg. 193283 5577 R

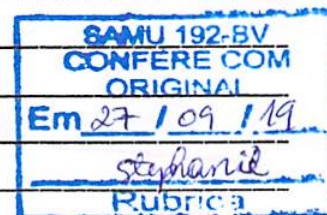
PERTEN DO PACIE	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente:	RG:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

GESTANTE			
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva	
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante	
BCF:	☒ Contrações com duração > 30s	☒ Sem cartão da gestante	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☒ Colar cervical	☒ Curativos
☐ Cateter nasal: ___ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☒ Headblock	☐ Parto vaginal
☐ Máscara facial: ___ L/min	☒ Oximetria	☒ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência
☐ Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	☐ Dreno de tórax	☒ Tirantes	☐ Imobilização de luxação
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☒ RED	☐ Outros:
☒ Acesso venoso Gelco n°	☒ Acesso venoso Scalp n° 19	☐ Acesso intraósseo	
MEDICAMENTOS PRESCRITOS			
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
02 Digiprim	25	SV	12:30
02 fentanyl 20ug	40ug	SV	12:30

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

10/09/2019 às 12:14 A Bgr se foi atender para atender a uma dor de cabeça de natureza traumática. Ao local a vítima estava fora do local da casa de moradia, correndo, vindo do, na borda da propriedade por um período de tempo não determinado. Foi feito imobilização por um socorrista do CBM, feito contato com a médica responsável a mesma monitorizar a medicação e posteriormente em um momento a vítima de saúde.

02 doses de luvz med. (m)
001 Sprague 20
001 Morte de 40x12
002 exp. Digiprim
002 exp. fentanyl 20ug
001 Scalp. 19.



RCP	Indicada as:	☐ Termínio as:	☐ RCP com sucesso	☐ RCP sem sucesso
	Destino	☒ Pronto Atendimento / HGR	☐ Atendimento no local	☐ Trauma HGR
RCP	Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Ins - HLI	☐ Hosp. Unimed
	HMINS	☐ Outros		

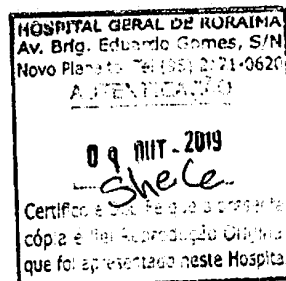
 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação / Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:		Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:	
1901160018	10/09/2019 12:51:42	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	14	
Paciente ANTONIO NETO MOREIRA FREIRE		Data Nascimento 08/03/1981		Idade 38 A 6 M 2 D	CNS	CPF	Prontuário
Tipo Doc Documento	Órgão Emissor Documento	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe NEUZA MOTA MOREIRA		Pai ESTEVAN PEREIRA FREIRE		Contato (95) 99116-2725		Ocupação	
Endereço RUA - CC - 30 - 461 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N° da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento OUTROS		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: EDVAN NASCIMENTO	
Queixa Principal				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue			
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL 25	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 12:52 h) Acidente motociclistico, trazido pelo SAMU, sentado na moto. Regere trauma de pé D, com lesão leve.							
Exame Físico Estável, expandido, Glasgow 15. lecerato em pé D, com aparente fratura.							
Hipótese Diagnóstica Fx? Realizado diagnóstico/trauma pelo SAMU.							
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO 1 Anal. ORTOPEDIA.				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Conduta ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: ORTOPEDIA				☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação Data e Hora da Saída/Alta:		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Planalto - Tel: (95) 21.21-0620 AUTENTICAÇÃO 09 JUL 2019 Shirley Certifico e Deu Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.	
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: edvan.nascimento Data Hora: 10/09/2019 12:53:10				Dr. Marcus Brunner Dr. Marcus Brunner Médico CRM-RR 1917			

As 13.15: Rx de pé ^①: sem fraturas, dpto,
pequena fratura em metatarsos
* Ferimento corto-centuro pequeno, +/- 2cm,
profundo, se sangramento ativo no
momento.

Cd: - Linpza + sutura
- Alta cl orientações + receita
+ atestado.

A entopedia

Ruina Kendra M. Marquetti
Cirurgia Geral / Coloproctologia
CRM/R 1512

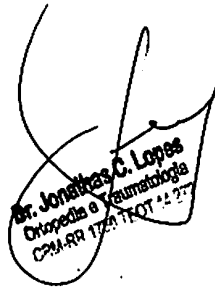



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NOME: Paulo P. DR. NAT RECEITUÁRIO

O pcte Antonio Nelo Moreira
Freire sofreu fratura de 5º PDC (D)
sempre tratado em urg.

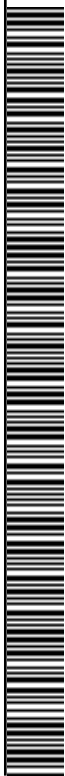
CID: S92.5

DATA 16/12/19


Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 122870/2014

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua General Pinho, 630 - Centro-Um Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.403/0001-00



Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190658 878		3 - CPF da vítima: 934.088.202-44	
4 - Nome completo da vítima: PAULO SERGIO DUARTE DO RESO			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo: Paulo Sergio Duarte do Reso		6 - CPF: 934.088.202-44	
7 - Profissão: Recusou	8 - Endereço: Rua Belarmino Fernandes M	9 - Número: 1967	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: TANCREDO NEVES	12 - Cidade: BOA VISTA	13 - Estado: RR	14 - CEP: 69.313-485
15 - E-mail: monatosilva638@gmail.com		16 - Tel. (DDD): (95) 991144021	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 0897 CONTA: 00042961 4		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)			
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:			
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.			
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vairas)? ☐ Sim ☐ Não	31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
34 representação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado		38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____ 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____ 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha	
40 - Local e Data, <u>BOA VISTA 13/11/19</u> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>Paulo Sergio Duarte do Reso</u> 43 - Assinatura do Procurador (se houver) <u>NAIMANDO NOVATO SILVA</u>			
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____			



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME:

Antônio Neto Moraes

Hospital General Moraes

(13)

Pr. parietes

RAIO X

DATA: 11/10/19

HORA: 14:00

RX

OK Otis 1a

Agendar na recepção #02

Agendar H.C.M.

Raios X Pe (7)

(AP-Obtendo)

DATA 10/09/19

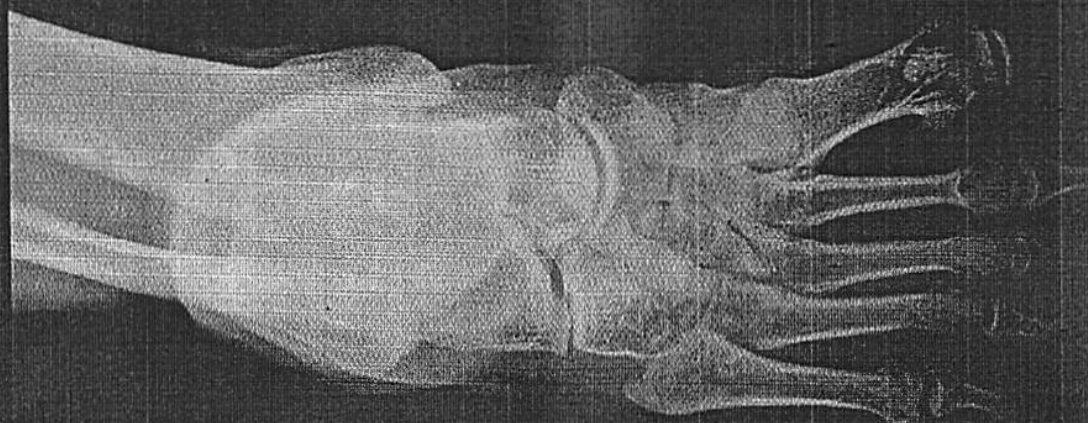
Dr. Odinachi Okegbo
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 19512/R

ASSINATURA E CARIMBO

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



D



ANTONIO NETO M.
HOSPITAL CORONEL MOTA

11389
04/10/2019

Cláudio

65,5%





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JOSE AUGUSTO MOREIRA
RG nº 88532, data de expedição 29/08/2016
Órgão SSP/RR, portador do CPF nº 323.242.432-53
com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de
RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SB-02 B DR SILVO BOTELO nº 80
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
ANTONIO NETO M. FREIRE, cujo o condutor era

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/NXR150 BRO Ano: 2012

Placa: NAO 9724 Chassi: 9C2KD0550CR570709

Data do Acidente: ___/___/___

Local e Data: 10/10/2019

Assinatura do Declarante

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

