

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2923435520201130175302

Processo 0825392-62.2020.8.23.0010 ☆ - (59 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 7698 - Perdas e Danos

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar
Movimentos de:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro
MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

Ocultar
Movimentos:

☐ Inválidos

☐ Sem
Arquivo

☐ Hab.
Provisória

Filtros

Movimentado Por:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

Sequencial(Intervalo):

ao

Data do Movimento(Período):

à

Descrição:

14 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 14

500 por pág.

1

Seq.

Data

Evento

Movimentado Por



14

30/11/2020 17:53:02

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO
Procurador

14.1 Arquivo: Petição

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2757974CONTESTACAO01.pdf

Público

14.2 Arquivo: DOCS

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

2757974CONTESTACAOAnexo02.pdf

Público

14.3 Arquivo: KIT SEGURADORA
LIDER

Ass.: JOAO ALVES
BARBOSA FILHO

KITSEGURADORALIDER.pdf

Público

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante) em
16/11/2020 com prazo de 10 dias úteis *Referente ao evento (seq. 11) SISTEMA CNJ
PEDIDO NÃO CONCEDIDO (28/10/2020) e ao evento de expedição seq.
12.

EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Para advogados/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante com
prazo de 10 dias úteis - Referente ao evento (seq. 11) PEDIDO NÃO
CONCEDIDO (28/10/2020)

Jhonatan de Almeida Santil
Analista Judiciário



11

28/10/2020 09:19:19

PEDIDO NÃO CONCEDIDO

BRUNO FERNANDO ALVES COSTA
Magistrado

10

27/10/2020 12:24:53

CONCLUSOS PARA DESPACHO

Responsável: BRUNO FERNANDO ALVES COSTA

REGINA MARIA AGUIAR
CARVALHO
Analista Judiciária



9

23/10/2020 10:57:35

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CUMPRIMENTO DE INTIMAÇÃO

Cumprimento de intimação - Referente ao evento PROFERIDO
DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020)

WENDER DE MOURA OLIVEIRA
Advogado

LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA

(Pelo advogado/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante) em
13/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) SISTEMA CNJ
PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020) e ao
evento de expedição seq. 7.

EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO

Para advogados/curador/defensor de Antonio Rocha Cavalcante com
prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) PROFERIDO
DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE (02/10/2020)

Jhonatan de Almeida Santil
Analista Judiciário

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

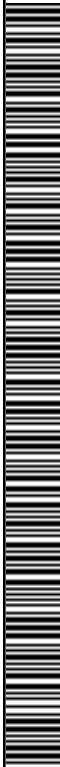
Data da apresentação: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16189125



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, 03 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

| | |
|---------------------------------------|--|
| Documentação médico-hospitalar | Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues. |
|---------------------------------------|--|

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16276739

Pag. 01541/01542 - carta_03 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLCJ ERWPF UMHG Y AQUVA



| LIDER | | Administradora do Seguro DPVAT | | PEDIDO DO SEGURO DPVAT | |
|--|--|---------------------------------------|--|---|--|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE | | | | | |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | | 3 - CPF da vítima: 133.636.532-34 | | 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO NOCHA CAVALCANTE | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | | |
| 5 - Nome completo: ANTONIO NOCHA CAVALCANTE | | | | | |
| 7 - Profissão: EMPRESARIO | | 8 - Endereço: AVA MANOEL VILELA 5012A | | 6 - CPF: 133.636.532-34 | |
| 11 - Bairro: ASA GRANDE | | 12 - Cidade: BOA VISTA | | 9 - Número: 406 | |
| 15 - E-mail: ANTONIO NOCHAARL@HOTMAIL.COM | | 13 - Estado: RR | | 10 - Complemento: | |
| | | | | 14 - CEP: 63.312-235 | |
| | | | | 16 - Tel.(DDD): 1391 93520-1212 | |
| 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: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> | | | | | |
| (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) | | | | | |
| Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL | | | | | |
| AGÊNCIA: 3408 CONTA: 20765 | | | | | |
| (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 | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | | | | | |
| 24 - Data do óbito da vítima: | | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | | | | | |
| 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | | | | | |
| 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | | | |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | | | | | |
| 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | | | | | |
| 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) | | | | | |
| 38 - 1ª Nome: WENDELL DE MOURA OLIVEIRA | | | | | |
| CPF: 013.812.233-04 | | | | | |
| Assinatura da testemunha | | | | | |
| 39 - 2ª Nome: JANEIRO BARBOSA GONCALVES | | | | | |
| CPF: 234.422.393-70 | | | | | |
| Assinatura da testemunha | | | | | |
| 40 - Local e Data, 16 DE SETEMBRO 2020 | | | | | |
| 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | | | | | |
| 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) | | | | | |
| 43 - Assinatura do Procurador (se houver) | | | | | |



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036885/2017-A01

Data/Hora Início do Registro: 04/10/2017 11:05
Origem: Polícia Judiciária Data: 03/10/2017
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Fim: 04/10/2017 11:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 03/10/2017 06:40

Local do Fato

Município: Pacaraima
Logradouro: BR-174

Bairro: ÁREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) | Lei Maria da Penha |
|---|----------------------|--------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo | Não |

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Moraújo

Nasc: 12/06/1975

Profissão: Empresário

Nome da Mãe: Maria Socorro Cavalcante

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA DOMINGOS MACIEL COSTA
Bairro: JARDIM FLORESTA
Telefone: (95) 99130-7220 (Celular)

Nº: 300-A

DAT

04 OUT. 2017

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|-------------------------------------|---|
| Grupo Veículo | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhonete |
| Placa NAV7187 | Número do Chassi 9BG148MK0JC409925 |
| Ano/Modelo Fabricação 2018/2017 | Cor CINZA |
| UF Veículo Roraima | Município Veículo Boa Vista |
| Marca/Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A | Modelo CHEVROLET/S10 LTZ DD4A |
| Veículo Adulterado? Não | Quantidade 1 Unidade |
| Situação Envolvido | |

Nome Envolvido

Antonio Rocha Cavalcante

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante ANTONIO ROCHA CAVALCANTE, CNH 00853711026, trafegava pela BR-174, sentido Boa Vista/Pacaraima à 6km antes da ponte do URARICUERA, quando veio a colidir com um buraco vindo a estourar o pneu traseiro do lado direito e logo em seguida capotar descendo o aterro; Segundo o comunicante o mesmo levava muito gêneros alimentícios e cosméticos; Que seu veículo foi saqueado perdendo assim, toda a mercadoria. E o relato.

ASSINATURAS

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Antonio Rocha Cavalcante
Comunicante





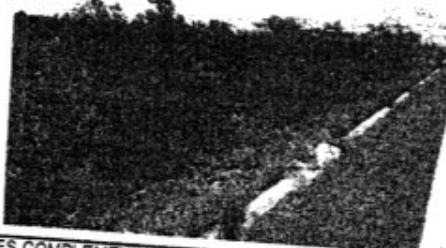

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção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



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 04/10/2017 11:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|----------------------------------|--|
|  | | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO | |  | | PROTOCOLO: 17077017B01 | |
| | | | | | | STATUS: Encerrado | |
| INFORMAÇÕES GERAIS | | | | | | | |
| POLICIAL/MATRÍCULA: C. NICOLETTI/2218366 | | | | DATA/HORA: 03/10/2017 06:30 | | | |
| Na Rodovia | | | | | | | |
| MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR | | | | | | | |
| BR: 174 | | | | KM: 577.0 | | SENTIDO: Crescente | |
| DESCRIPTIVO DO LOCAL: | | | | | | | |
| ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO | | | | | | | |
| FASE DO DIA: Pleno dia | | CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro | | | | | |
| TIPO DE VIA: Principal | | TIPO DE PISTA: Simples | | CONDIÇÃO DE PISTA: Seca | | | |
| TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto | | ESTRUTURA VIÁRIA: Reta | | | | | |
| LOCALIDADE URBANIZADA: Não | | EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não | | EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Não | | | |
| IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE | | | | IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE | | | |
|  | | | |  | | | |
| IMAGEM DO LOCAL | | | | IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL | | | |
|  | | | |  | | | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE: Rodovia 174 com vários buracos em toda sua extensão sentido Boa Vista/Pacaraima. | | | | | | | |



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM ADICIONAL



Eventos Sucessivos

DINÂMICA

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|----------------|---------------------|
| 1 | Capotamento | |

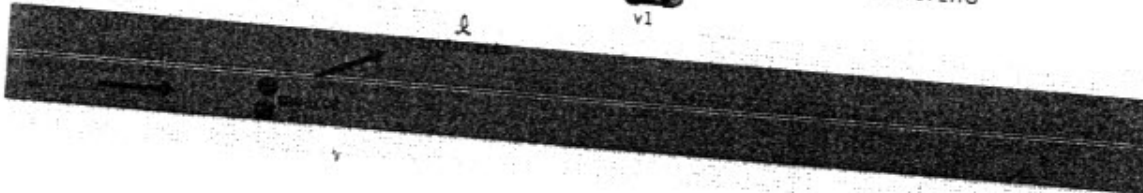
Croqui



LOCAL TOTALMENTE DESFEITO



v1



← BOA VISTA

PACARAIMA →





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO






PROTOCOLO:
17077017B01



STATUS:
Encerrado

Narrativa

Equipe PRF acionada pelo CIOP por volta das 0850h para atender ocorrência na BR 174, Km 577, sentido crescente. Ciop informou que o Sr. Antonio Rocha Cavalcante, CNH registro nr. 00853711026, condutor do veículo Chevrolet/S10, placa NAV 7187, cor cinza, estaria no Hospital Geral de Roraima em atendimento médico e solicitou comparecimento para averiguação. Equipe chegou ao hospital não localizando o condutor. Confirmado o atendimento médico através prontuário nr. 1700845784, de 03/10/17, 07:46:40h, Traumatologia do HGR. Equipe deslocou até o local do acidente onde encontrou o veículo envolvido já em cima de um guincho particular tendo como responsável pelo acompanhamento do veículo o Sr. Raoni Silva do Nascimento, CPF 001.646.922-40, contato 95-991347437. Foram realizadas as fotos do veículo e local do acidente, porém em virtude do desfazimento do mesmo não foi possível realizar os demais procedimentos. Segundo relatos do condutor seu veículo estourou o pneu quando passou por um buraco localizado na rodovia BR 174, Km 577, sentido crescente, vindo a perder o controle, sair da pista e capotar. Informou que populares o levaram para o HGR e que acionou um guincho particular para remover o veículo. Foi constatado que haviam vários buracos na pista de rolamento da rodovia onde aconteceu o acidente.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32 NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

|  | | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO | |  | | PROTOCOLO: 17077017B01 | |
|--|--------------------------|---|--|---|--|----------------------------------|--|
| | | | | | | STATUS: Encerrado | |
| VEÍCULOS | | | | | | | |
| SEQUENCIAL: V1 | PLACA: NAV7187 | MARCA/MODELO: CHEVROLET/S10 LTZ DD4A | | | | ANO FABRICAÇÃO: 2017 | |
| SITUAÇÃO: Tracionador | | TIPO DE VEÍCULO: Caminhonete | | | | | |
| CHASSI: 9BG148MK0JC409925 | RENAVAM: 01122754695 | PAÍS: BRASIL | | | | | |
| ESPECIE: Especial | CATEGORIA: Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento | | | | | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | | | |
| NOME DO PROPRIETÁRIO: FRANCISCO HERIBERTO GUIMARAES | | CPF/CNPJ: 234.422.393-20 | | | | | |
| Dados de Endereço | | | | | | | |
| LOGRADOURO: AV PRES CASTELO BRANCO CASA 3 | | | | | | NÚMERO: 1149 | |
| COMPLEMENTO: CALUNGA | | | | | | BAIRRO: | |
| MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR | | | | | | | |
| TELEFONE: | | | | | | EMAIL: | |
| Dados da Carga | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | | | | | |
| Encaminhamento | | | | | | | |
| MOTIVO: Outros | | | | | | TIPO DE RECEPTOR: Outro | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Condutor do veículo informou em sua declaração que chamou guincho particular para remover o veículo do local. | | | | | | | |
| IMAGEM ADICIONAL | | | | | | | |
|  | | | | | | | |



| | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|
|  | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO |  | PROTOCOLO: 17077017B01 |
| | | | STATUS: Encerrado |
| PESSOAS | | | |
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A | | ENVOLVIMENTO: Condutor | |
| NOME: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE | | CPF: 199.696.512-34 | DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1975 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO: | | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | SEXO: Masculino |
| ESTADO CIVIL: | | NOME DA MÃE: MARIA SOCORRO CAVALCANTE | |
| Dados de Endereço | | | |
| LOGRADOURO: RUA DONA COTA VIEIRA | | | NUMERO: 370 |
| COMPLEMENTO: CASA | | | BAIRRO: CAIMBE |
| MUNICÍPIO/UF: BOA VISTA/RR | | | |
| TELEFONE: 95-991307220 | | EMAIL: antoniorochaarc@hotmail.com | |
| Dados da Habilitação | | | |
| HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional | | PAÍS DA HABILITAÇÃO: | CATEGORIA: AB |
| MOTORISTA PROFISSIONAL: Não | | Nº DO REGISTRO: 00853711026 | UF: RR |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 21/09/1999 | | VALIDADE DA CNH: 15/07/2019 | |
| OBSERVAÇÕES DA CNH: 99 | | | |
| Circunstâncias | | | |
| ESTADO FÍSICO: Lesões Leves | | USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim | |
| USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL | | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL | |
| TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não | | RESULTADO DO TESTE: | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não |
| DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor não foi encontrado no hospital e nem no local do acidente. | | | |
| VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não | | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não | |
| Encaminhamento | | | |
| MOTIVO: Socorro médico | | TIPO DE RECEPTOR: Outro | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: O condutor do veículo informou em sua declaração que foi socorrido por populares e levado ao HGR. | | | |

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

| | | |
|--|---|----------------------------------|
|  MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO |  | PROTOCOLO: 17077017B01 |
| | | STATUS: Encerrado |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA. | | |

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 9





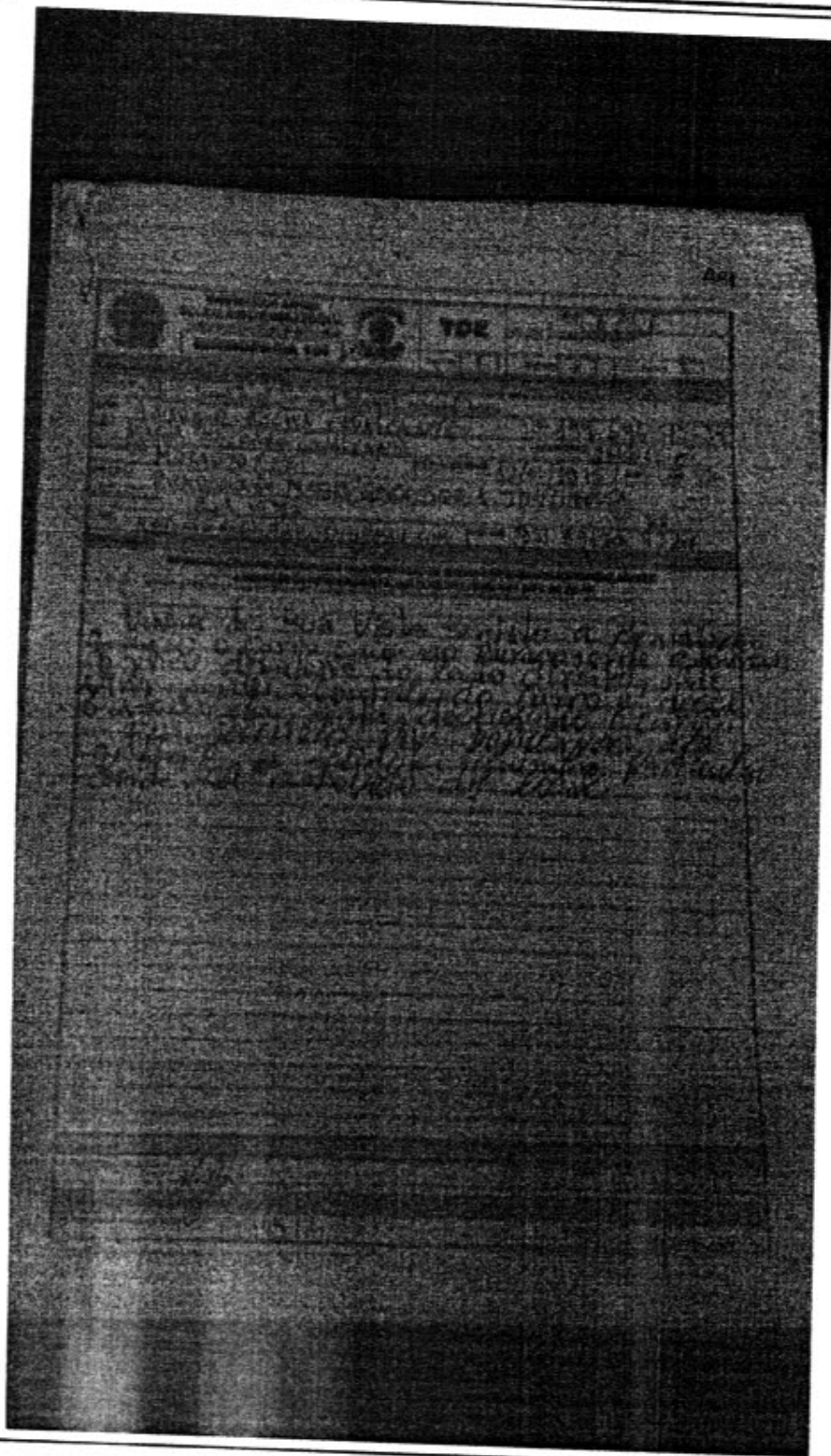
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17077017B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA DECLARAÇÃO





DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF C. NICOLETTI, MATRÍCULA 2218366

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 03/10/2017 18:32

NÚMERO DE CONTROLE: 420674EA80D27F8698E43FFEEAFD45

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar





| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
|  | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO |  | PROTOCOLO: 17077017B01 |
| | | | STATUS: Encerrado |

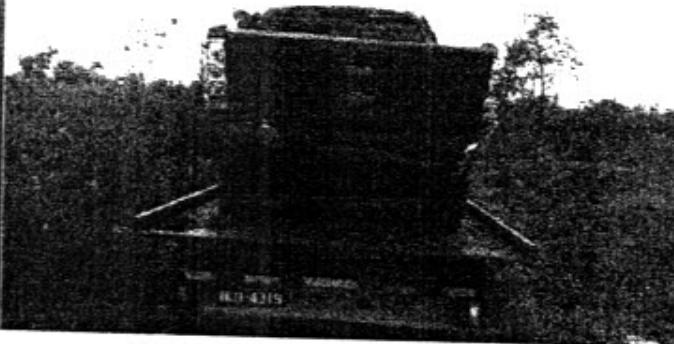
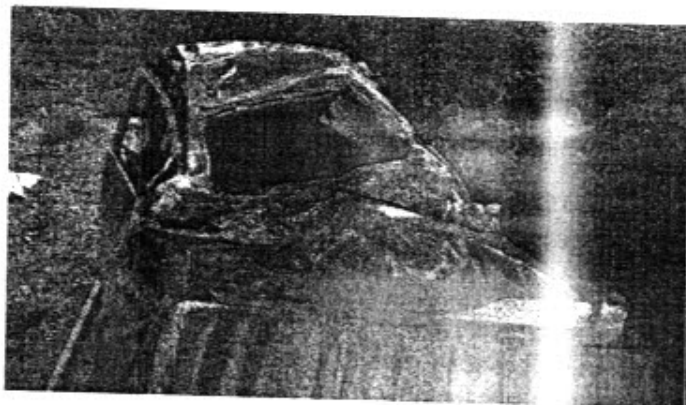
AVALIAÇÃO DE DANOS

| | |
|---|--------------------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NAV7187 / CHEVROLET/S10 LTZ DD4A | NÚMERO DO BAT: 17077017B01 |
| NOME/MATRÍCULA DO AGENTE: C. NICOLETTI/2218366 | DATA/HORA: 03/10/2017 06:30 |

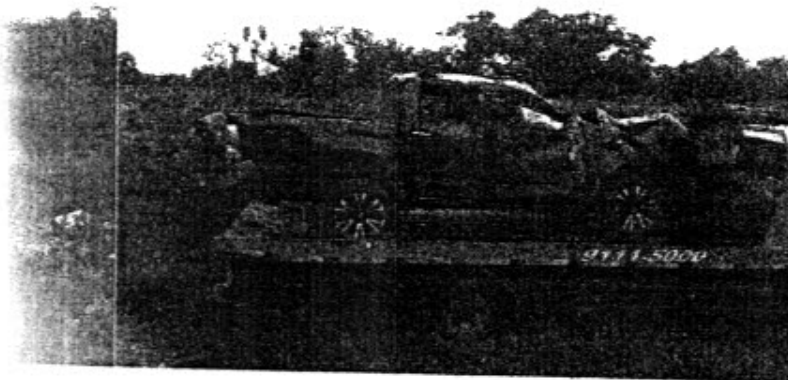
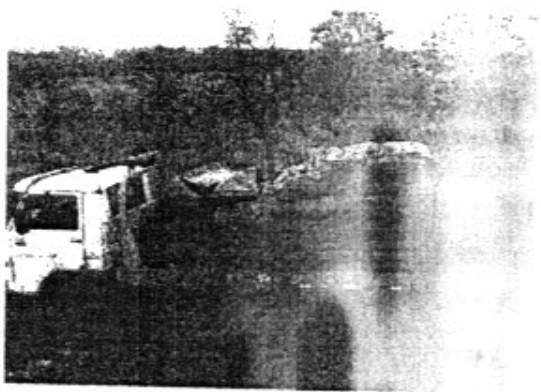
| Item | Descrição do Item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|--|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | SIM | NÃO | NA |
| 1 | Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho. | M | X | | |
| 2 | Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi. | M | X | | |
| 3 | Para choque traseiro danificado. | M | X | | |
| 4 | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão. | M | X | | |
| 5 | Avaria em qualquer um dos eixos | M | X | | |
| 6 | Dano em qualquer componente do Sistema de freios. | M | X | | |
| 7 | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina. | M | X | | |
| 8 | Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina | M | X | | |
| 9 | Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas | M | X | | |
| 10 | Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina. | G | | X | |
| 11 | Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina. | G | | X | |
| 12 | Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas | G | | X | |
| 13 | Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi. | M | | X | |
| 14 | Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão | M | | X | |
| 15 | Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi. | G | | X | |
| 16 | Air bags (se existir) | M | X | | |

| |
|-----------------------------|
| DIMENSÃO DA MONTA: Média |
|-----------------------------|


| | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
|  | MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO |  | PROTOCOLO: 17077017B01 |
| | | | STATUS: Encerrado |
| IMAGEM DA FRENTE (V1) | | IMAGEM DA TRASEIRA (V1) | |



| | |
|--|---------------------------------------|
| IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1) | IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1) |
|--|---------------------------------------|



| LIDER Administradora do Seguro DPVAT | | PEDIDO DO SEGURO DPVAT | |
|--|--|--|-------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE | | | |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 133.636.532-34 | 4 - Nome completo da vítima: ANTONIO NOCHA CAVALCANTE | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | |
| 5 - Nome completo: ANTONIO NOCHA CAVALCANTE | | | |
| 7 - Profissão: EMPRESARIO | 8 - Endereço: AVA MANOEL VILELA 5012A | 6 - CPF: 133.636.532-34 | 9 - Número: 406 |
| 11 - Bairro: ASA GRANDE | 12 - Cidade: BOA VISTA | 10 - Complemento: | 14 - CEP: 63.312-235 |
| 15 - E-mail: ANTONIOACHAARL@HOTMAIL.COM | 13 - Estado: RR | 16 - Tel.(DDD): 1391 93520-1212 | |
| 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: | | | |
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | | | |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> | | | |
| (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) | | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) | | | |
| Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL | | | |
| AGÊNCIA: 3408 CONTA: 20765 | | | |
| (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 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | | | |
| 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | | | |
| 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | | | |
| 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | | | |
| 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | | | |
| 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) | | | |
| 38 - 1ª Nome: WENDEA DE MOURA OLIVEIRA | | | |
| CPF: 013.812.233-04 | | | |
| Assinatura da testemunha | | | |
| 39 - 2ª Nome: JANEIRO BARBOSA GONCALVES | | | |
| CPF: 234.422.393-70 | | | |
| Assinatura da testemunha | | | |
| 40 - Local e Data, 16 DE SETEMBRO 2020 | | | |
| 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | | | |
| 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) | | | |
| 43 - Assinatura do Procurador (se houver) | | | |



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 691 - 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 autorizado pela SEFAZ 368/13

Para contato com
o Serviço ao Cliente
ligue para este número

SEU CÓDIGO
0098632-1

Nº DA NOTA FISCAL 5886678 **FCAM***

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

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------|------------|---------------|---------------------|
| AGOSTO/2020 | 11/09/2020 | 330 | 290,53 |

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 00019969651234
R. MANOEL VICENTE SOUZA 406 - ASA BRANCA
CEP: 69.312-295 - BOA VISTA

| DATAS DA LEITURA | | | |
|------------------|------------|------------------|------------|
| Atual: | 25/08/2020 | Anterior: | 27/07/2020 |
| Emissão: | 24/08/2020 | Apresentação: | 25/08/2020 |
| | | Próxima leitura: | 24/09/2020 |
| | | Dias de consumo: | 29 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|------------------|---------|----------------|-------------|------------|
| Grupo/Subgrupo | Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Faturamento | Modalidade |
| 1.1.1.2 | RESIDENCIAL | BIF | 16TD002774 | NORMAL | CONVENC |

| DADOS DA LEITURA (kWh) | | | | | | | |
|------------------------|----------------|---------------------|----------------|---------------------|------------------|-----------------------|------------------|
| | kWh TOT/PTA | INJETADO TOT/PTA | kWh F.PONTA | INJETADO F.PONTA | kWh INTERMED. | INJETADO INTERMED. | kWh RESERVADO |
| Leit. Atual | 26316 | | | | | | |
| Leit. Anterior | 25986 | | | | | | |
| Constante | 1,000 | | | | | | |
| Resíduo | | | | | | | |
| Medido | 330 | | | | | | |
| Faturado: | 330 | | | | | | |

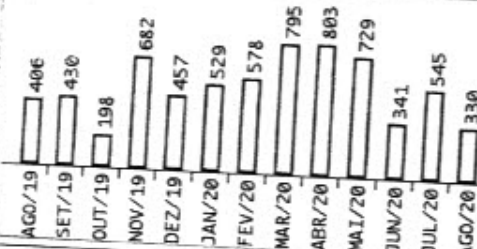
| DESCRIÇÃO DA CONTA | | |
|--------------------|----------------------|--------|
| CONSUMO | 330 A R\$ 0,786015 = | 259,38 |
| ILUMINACAO PUBLICA | | 31,15 |

INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ A 330 - 0,617770

Média 12 meses: 641

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



| Mês | Consumo (kWh) |
|--------|---------------|
| AGO/19 | 406 |
| SET/19 | 430 |
| OUT/19 | 198 |
| NOV/19 | 682 |
| DEZ/19 | 457 |
| JAN/20 | 529 |
| FEB/20 | 578 |
| MAR/20 | 795 |
| ABR/20 | 803 |
| MAI/20 | 729 |
| JUN/20 | 341 |
| JUL/20 | 545 |
| AGO/20 | 330 |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| 1700845787 | 03/10/2017 07:46:40 | FICHA DE ATENDIMENTO | | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 1 |
| Paciente ANTONIO ROCHA CAVALCANTE | | Data Nascimento 12/06/1975 | Idade 42 A 3 M 21 D | CNS 700007750622807 | CPF 19969651234 | Prontuário |
| Tipo Doc Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo M | Estado Civil SOLTEIRO(A) | Raça/Cor PARDA | Naturalidade BOA VISTA - RR |
| Mãe MARIA SOCORRO CAVALCANTE | Endereço RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR | Pal NC | Contato (95) 99158-9828 | Ocupação | | |
| 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 |
| Sector GRANDE TRAUMA | Tipo de Chegada TRANSPORTADO POR TER | Procedimento Sol. | Registrado por: KAROLINE.OLIVEIRA | | | |
| 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) PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPO TAMBAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MS. | | | | | | |
| Exame Físico E LESÃO EM REGIÃO TEMPORAL (E). | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica POLITRAUMAS | | | | | | |
| 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 | |
| 1) DIPYRONS 4 (EU) | | | | | | |
| 2) TILATIL 400mg (EU) | | | | | | |
| 3) SUTURA + DRENAGEM | | | | | | |
| 08:00h | | | | | | |
| Condução <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <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 | | | | | | |
| Assinatura do Paciente ou Responsável | | | Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Adilson Leal CRM-RR 1770 | | | |
| Impresso por: karoline.oliveira Data Hora: 03/10/2017 07:52:48 | | | | | | |



Dr. Nilo Brandão Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/R 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente refere capotamento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberos
Sidade, unguem E, em via
Consolidada. Em tratamento
to médico ortopedico.
(evolucao 10 e 3 dias)

05/11/18

Consultoria Ortopédica
3623-2034
Fone Res.: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE MEDICAMENTO
Ao retornar, traga esta Receita

NILO BRANDÃO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/R 364
CP 109-820-202-89

Receituário

NOME:

Antonio Rocha

Uso Ocular

1) MAXIFLUX cor. (CIPROFLOXACINA)

Usar 1gt 4/4h e cada olho
por 10 dias

2) Compressa Gaze

Aplique sobre as pupilas 6/6h
± 10 mm/cada, por 5 dias

Data:

31, 10, 17

Dr. Bruno Teixeira
Oftalmologista
CRM - RJM 8360

Assinatura e Carimbo



Dr. Nilo Brandão Neto
Ortopedia - Traumatologia
Membro Titular S. B. O. T.
TEOT 5823 / CRM/RR 364

Antônio Rocha Cavalcante

Paciente refere capotamento
de carro no Br 174, com
traumatismo torácico e
ombro E em 03/10/17,
com fratura grande tuberosi-
dade menor E, em via
consolidada. Em tratamento
to médico ortopedico.
(evoluções em 10 e 3 dias)
06/11/18

Consultório Ortopédico

3623-2036
Fone Res.: (095) 3623-4548

NÃO TROQUE ESTE DOCUMENTO

Ao retornar, traga esta Receita

NILO BRANDÃO NETO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
Membro Titular S.B.O.T.
CP 139.820-202-89

03/10/2017

...: 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



| | | | | | |
|--|---|------------------------|-------------------|-----------------|--------------|
| 1700845787 | 03/10/2017 07:46:40 | FICHA DE ATENDIMENTO | TRAUMATOLOGIA | DIURNO 07-19 | 1 |
| Paciente | Data Nascimento | Idade | CNS | CPF | Prontuário |
| ANTONIO ROCHA CAVALCANTE | 12/06/1975 | 42 A 3 M 21 D | 700007750622807 | 19969651234 | |
| Tipo Doc | Documento | Órgão Emissor | Data Emissão | Sexo | Estado Civil |
| | | | | M | SOLTEIRO(A) |
| Mãe | Paí | Raça/Cor | Naturalidade | Contato | Ocupação |
| MARIA SOCORRO CAVALCANTE | NC | PARDA | BOA VISTA - RR | (95) 99158-9828 | |
| Endereço | RUA - XVIII - 90 - CAMBARA - BOA VISTA - RR | | | | |
| 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 |
| ACIDENTE DE CARRO | URGÊNCIA | | | | |
| Sector | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | Registrado por: | | |
| GRANDE TRAUMA | TRANSPORTADO POR TER | | KAROLINE OLIVEIRA | | |
| Queixa Principal | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue | | | | |
| Anamnese de Enfermagem | GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | | | | |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (CAPO TAMENTO DE CARRO). APRESENTA ESCORIAÇÕES EM MS. | | | | |
| Exame Físico | E LESÕES EM REGIÃO TEMPORAL (E). | | | | |
| Hipótese Diagnóstica | POLITRAUMAS | | | | |
| SADT - Exames Complementares | <input checked="" type="checkbox"/> RAO-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 | | | |
| 1) DILPONA 40 (EU) | | | | | |
| 2) TILATIL 400mg (EU) | | | | | |
| 3) SUTURA + CURATIVO | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Conduta | <input checked="" type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Ambulatório | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Internação | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Transferência para: 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: karoline.oliveira | 1700845787 | | | | |
| Data Hora: 03/10/2017 07:52:48 | | | | | |

1837001201

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TREINAMENTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **ANTONIO JOCEIA CAVALCANTE**

CPF: **131.430.829 NR**

DATA DE NASCIMENTO: **13/06/1978**

RG: **199.696.812-34**

PLACADO: **JOSE CECILIO CAVALCANTE MARIA RODRIGO CAVALCANTE**

PRESELO: **00853711026**

VALIDADE: **08/07/2024**

DATA DE EMISSÃO: **21/09/1999**

LOCAL: **BOA VISTA, RR**

ASSINATURA DO DETENTOR

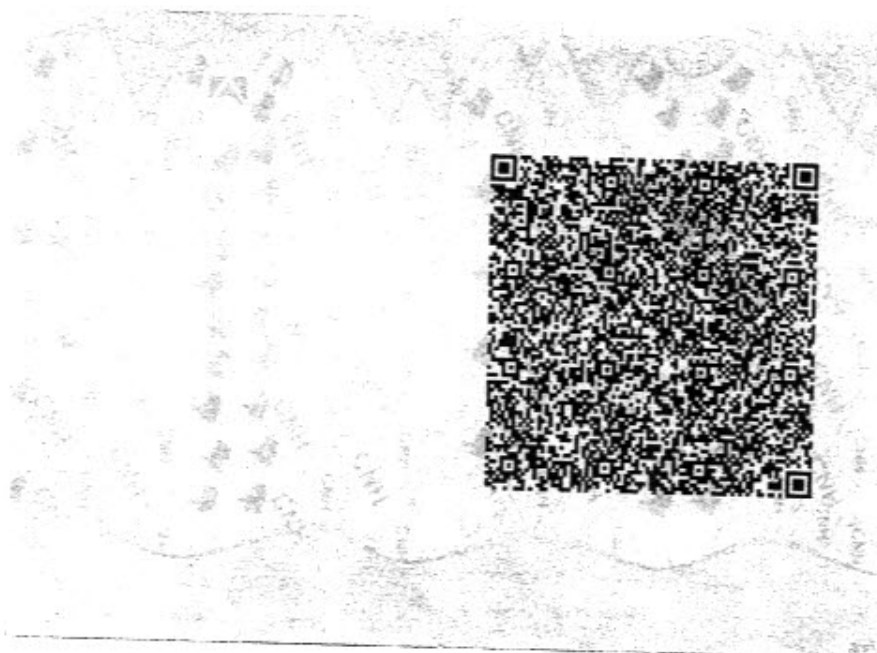
ASSINATURA DO PASSADO

RORAIMA

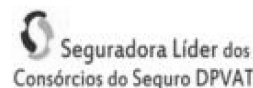
DE GOMES ASSIN
CHEFE PRESIDENTE
DEPARTAMENTO

63251461421
R071019869

1837001201



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 03/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE : 199.696.512-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2020
Nome: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE
CPF: 199.696.512-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278168/20

Número do Sinistro: 3200352743

Vítima: ANTONIO ROCHA CAVALCANTE

CPF: 199.696.512-34

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2017

Titular do CPF: ANTONIO ROCHA
CAVALCANTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

