

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 131729 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 598.690.382-04, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Eng. Carlos Geraldo , nº 599, Bairro: Centenário, CEP: 69.312- 521, Tel. (95) 99175-2000.

Outorgados: Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 25 de janeiro de 2019.



MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		ESTADO DE RORAIMA		SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OZILIO CRUZ	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REGISTRO GERAL		131729		08/04/2015	
NOME		MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR		FILIAÇÃO		RAIMUNDO MATIAS FLÔR	
NATURALIDADE		TERESINHA GUEDES FLÔR		DATA DE NASCIMENTO		26/10/1970	
SANTA ISABEL DO PARÁ - PA		DOC. ORIGEM		CERTO NASC 307 FLS 77 LIV 20		SANTA MARIA DO PARÁ - PA	
698.690.382-04		2 911		Hânio Stano Lima Andrade		Diretor do IIC	
Polegar Direito		00717		MARIA SOLANGE GUEDES FLÔR		ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		P 1			

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR


Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0090829-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 001309999

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/2018	16/09/2018	741	442,26

MARIA SOLANGE GUEDES FLOR
R. ENG CARLOS GERALDO 599 CENTENARIO
CPF: 00059869038204
CEP: 69.312-521 - BOA VISTA

ROT: 31.001.27.02.349600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	57163	Atual:	22/08/2018
Anterior:	56422	Anterior:	20/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/09/2018
Consumo Medido:	741	Emissão:	21/08/2018
Consumo Faturado:	741	Apresentação:	22/08/2018

FCAM

Normal 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2808217	M 1519447	1.1.1.2	830

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	741 A R\$ 0,557486 = 413,09
JUL/18	619	CORREÇÃO MONETARIA DA 06/18-00	0,03
JUN/18	651	CORREÇÃO MONETARIA IG 06/18-00	2,29
MAI/18	619	MULTA POR ATRASO DE I 06/18-00	0,51
ABR/18	827	JUROS DE MORA POR ATR 06/18-00	0,08
MAR/18	815	MULTA POR ATRASO 06/18-00	7,37
FEV/18	912	JUROS DE MORA DE IMPO 06/18-00	1,71
JAN/18	828	ILUMINACAO PUBLICA	17,18
DEZ/17	940		
NOV/17	1194		
OUT/17	1040		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 741 - 0,456770			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 21/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3F84.87F1.433D.C4F4.B459.4A30.2FAC.E34A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	126,94	Baixo de Cálculo:	413,09
Energia:	203,08	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	70,22
Encargos:	8,46	Valor do PIS:	0,76
Tributos:	74,61	Valor do COFINS:	3,63

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DÍGITO				DÍGITO			
8,45	16,91	33,82	8,46	16,92	33,84	4,65	
0,00			0,00			0,00	

DISTRITO 06/2018 144,93

ROT: 31.001.27.02.349600


Eletrobras
Distribuição Roraima

SEU CÓDIGO
0090829-0

TOTAL A PAGAR - R\$
442,26

MÊS FATURADO
08/2018

VENCIMENTO
16/09/2018

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001309999 FCAM

83610000004 8 42260075000 0 00000000090 1 82900818008 7



SEQ.: 00003 UC: 0090829-0 DT.LEIT.: 22/08/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 57163 NORMAL TOTAL: 442,26 CARGA: 007
DT.VENC.: 16/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1041

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bazerra, 484 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 131729 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 598.690.382-04, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Eng. Carlos Geraldo , nº 599, Bairro: Centenário, CEP: 69.312- 521.

DECLARO para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 25 de janeiro de 2019.

Maria Solange Guedes Flor
MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

494174

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514/2017/DAT - Boa Vista-RR, em 21/09/2017

COMUNICANTE: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

RG: 131729

O. EXP.: SSP/RR

CPF: 598.690.382-04

ENDEREÇO: RUA ENG. CARLOS GERALDO

Nº: 599

BAIRRO: CENTENARIO

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: TECNICO EM ENFERMAGEM

NATURALIDADE: SANTA ISABE DO PARA

ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 26/10/1970 IDADE: 47 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: 99175-2000

Nº REG. CNH: 02483962669

NOME DO PAI: RAIMUNDO MATIAS FLOR

NOME DA MÃE: TERESINHA GUEDES FLOR

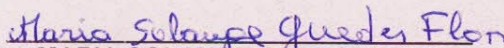
Senhor Delegado, venho comunicar que no dia 26/08/2018 aproximadamente às 06h40min. na Avenida Brasil, 13 de setembro, Cidade: Boa Vista-RR.

A comunicante relata que na data e hora acima mencionados, trafegava na Avenida Brasil, sentido bairro/centro, conduzindo a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESDI, placa NUL9419/RR, Chassi 9C2KC1680DR800429, de propriedade de MARIA SOLANGE GUEDES FLOR. Que nesse dia havia óleo derramado na avenida, e devido a isso, perdeu o controle da motocicleta, derrapou e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi socorrida pelo SAMU. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL
OBSERVAÇÃO: BO REGISTRADO PARA SEGURO DPVAT.


ERICO WALLACE BESSA ROCHA
AGENTE DE POLICIA
MAT: 4200652




MARIA SOLANGE GUEDES FLOR
Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



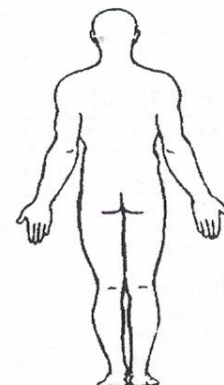
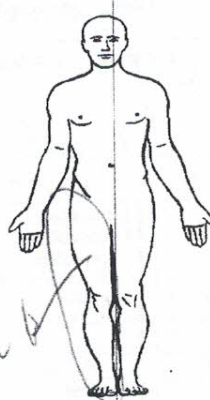
Stephanie

DESTINO	☐ Atendido no local	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS	☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
	☒ Trauma HGR	☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA	☐ Hosp. Lotte Iris - HLI
	☐ Pronto Atendimento - HGR	☐ HMINSN	☐ Outros
CASO CLÍNICO	Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar.		
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		

PERTINÊNCIA DO PACIENTE	Descrição:		
	Nome do Receptor:		
	Função do Receptor:		
	Assinatura do Receptor:		
TERMO DE RECUSA	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	☐ Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:		
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____		
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____		
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____		

GESTANTE	IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
	Perda de líquido: _____	BCF: _____
	☐ Com cartão ☐ Sem cartão	
MATERIAL E MEDICAÇÃO		

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



Última de queda de moto, Lote, realizado avaliação primária + secundária, queixando-se de dor no braço direito, CISSV preservados, ao RR, ao GT.

CONFERE COM O ORIGINAL
EM 21/09/18
Stephane

Danielle 809.3477 Coun.
ASSINATURA E CARIMBO

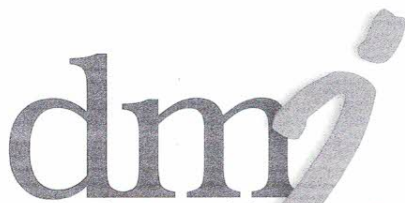
26/08/2018

...: 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



1801000496	26/08/2018 07:28:56	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	4
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
MARIA SOLANGE GUEDES FLOR		26/10/1970	47 A 10 M 0 D	700601949710970	59869038204	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	131729	SSP/RR	12/08/2002	F	SOLTEIRO(A)	SEM
Mãe	Terezinha Guedes Flor		Pal		INFORMAÇÃO	
Endereço	RUA - ENGENHEIRO CARLOS GERALDO - 599 - CENTENARIO - BOA VISTA - RR		RAIMUNDO MATIAS FLOR		Contato	
					(95) 99175-2000	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		REILA RODRIGUES			
Queixa Principal						
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)						
Dúvida de modo reflexivo. Dor em quadril e coxa.						
Exame Físico						
Músculo de. peritroco em CMTD.						
Hipótese Diagnóstica						
Contusão coxa do. R. Reuss + Ator.						
SADT - Exames Complementares						
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
1) Difenidramina 50mg 2) Paracetamol 500mg				Dr. Jesus A. Lopez Aguirre CRM-RR 968		
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 20 DEZ 2018						
CONTE SECURADORA S/A Alta por Decisão Médica - RR						
Condição () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para:				() Ambulatório () Observação (Até 24h) () Internação Data e Hora da Saída/Alta:		Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada nesta Instituição
óbito						
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico		
Impresso por: reila.rodrigues Data Hora: 26/08/2018 07:34:13						



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Nome: **MARIA SOLANGE GUEDES FLOR**

Convênio: PARTICULAR

Solicitante: Dr. JOSE CARLOS DE ARAUJO MENDES

Código: 1139203.02

Emissão: 09/10/2018 16:59:26

Página...: 1/1

Idade: 47 anos

Sexo: FEM

Data: 09/10/2018 10:22:00

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COXA DIREITA (5 filmes) (M) (LA)

TÉCNICA:

Realizadas aquisições multiplanares em campo de 1,5 Tesla (alto campo) com as seguintes ponderações:

Coronal SE T1, FSE T2 e STIR;

Sagital FSE T2;

Axial STIR.

ACHADOS:

Extensa quantidade de tecido inflamatório entre as fibras do ventre muscular do semimembranoso (componente do isquiotibial) junto à sua junção miotendínea, notadamente em seu terço proximal/médio, associada a lâmina líquida intermuscular adjacente. Nota-se ainda rotura de espessura total longitudinal tipo "split" do tendão do semimembranoso em seu terço médio por uma extensão de 5,0 cm.

A estrutura óssea femoral apresenta sinal íntegro.

O TCSC, bem como as demais partes moles, incluindo feixes neurovasculares não evidenciam anormalidades ao método.

CONCLUSÃO:

1. EXTENSA QUANTIDADE DE TECIDO INFLAMATÓRIO ENTRE AS FIBRAS DO VENTRE MUSCULAR DO SEMIMEMBRANOSO (COMPONENTE DO ISQUIOTIBIAL) JUNTO À SUA JUNÇÃO MIOTENDÍNEA, NOTADAMENTE EM SEU TERÇO PROXIMAL/MÉDIO, ASSOCIADA A LÂMINA LÍQUIDA INTERMUSCULAR ADJACENTE. NOTA-SE AINDA ROTURA DE ESPESSURA TOTAL LONGITUDINAL TIPO "SPLIT" DO TENDÃO DO SEMIMEMBRANOSO EM SEU TERÇO MÉDIO;

2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Dr. José Vaz
CRM 3406

Dr. Wilsonney Leal
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Mychel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alverne
CRM 2738



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, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180598501

Vítima: MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SOLANGE GUEDES FLOR

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0171701718 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13744953