



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA

5ª Vara Cível

Processo 0832374-29.2019.8.23.0010

Comarca: BOA VISTA

Data de Autuação: 10/10/2019 **Situação:** Público

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Data Distribuição: 10/10/2019 **Tipo Distribuição:** Distribuição Automática

Parte(s) do Processo

Tipo: Promovente

Nome: IANE DA SILVA LIMA

Data de Nascimento: Não cadastrada **RG:** Não cadastrado **CPF/CNPJ:** 413.016.762-68

Filiação: /

Advogado(s) da Parte

205BRR Marco Antonio Salviato Fernandes Neves

Tipo: Promovido

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

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

Advogado(s) da Parte

134307NRJ JOÃO ALVES BARBOSA FILHO

Data: 10/10/2019

Movimentação: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL

Por: Marco Antonio Salviato Fernandes Neves

Relação de arquivos da movimentação:

- Petição Inicial
- Petição
- Petição

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **IANE DA SILVA LIMA**, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços de saúde, portador da cédula de identidade nº 140.622, SSP/RR, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 413.016.762-68, residente e domiciliado na Rua Altair Pereira de Melo, nº 1700, Bairro União, nesta Capital, CEP 69.313-780, e-mail: ianelima@gmail.com, nesta Capital, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Boa Vista/RR, 20 de agosto de 2019.

Iane da Silva Lima

IANE DA SILVA LIMA



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: IANE DA SILVA LIMA, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços de saúde, portador da cédula de identidade nº 140.622, SSP/RR, devidamente inscrito no CPF/MF sob o nº 413.016.762-68, residente e domiciliado na Rua Altair Pereira de Melo, nº 1700, Bairro União, nesta Capital, CEP 69.313-780, e-mail: ianelima@gmail.com.

OUTORGADO: MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. 205-B, e MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, receber alvarás, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuitade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15). Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 20 de agosto de 2019.


IANE DA SILVA LIMA (outorgante)



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, 27 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062768 Vítima: IANE DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 06/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IANE DA SILVA LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Distribuições do proprietário de veículos

**PÓLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 024/2019/DAT - Boa Vista - RR em 08/01/2019

COMUNICANTE: IANE DA SILVA LIMA

RG: 140622 EXP.: SSP/BR CPE: 413 016 762-68

ENDERECO: RUA AI TAIR PEREIRA DE MELO, Nº 1700, BAIRRO UNIÃO

CIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

SEXO: MASCULINO **PROFISSÃO: AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

NATURALIDADE: MANAUS - ESTADO: AM - PROFISSAO: AUXILIAR DE SERVIÇOS DE SAÚDE - DATA DE NASCIMENTO: 10/01/1980

IDADE: 45 ANOS GRAU DE INSTR.: ENGENHARIA SUPERIOR (INSCRIÇÃO 0000000000)

ESTADO CIVIL - SOLTEIRO - TITULAR - CONCLUIDO

NOME DO PAI: RONALDO SANTOS ALVES

NOSSA SENHORA DOS SANTOS EMA

Senhor Delegado venho comunicar que por volta das 18h, 06/10/2018, na Rua Z-3, bairro
Raiar do Sol, próximo à loja Casa Lira, neste capital.

O comunicante compareceu nesta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados conduzia a motocicleta HONDA BIZ 125 ES, cor cinza, placa NAT2391, ano 2008/2008, chassi 9C2JA0408R06912, de propriedade de GIDEANE SOUSA MOURA; QUE trafegava na rua Z-3 indo em direção a casa de amigos quando de repente um cachorro cruzou a via; Que chegou a frear porém não houve como evitar o impacto; QUE foi arremessado ao chão; QUE de imediato começou a sentir dores muito forte nas costas; QUE chamou seus amigos por telefone e eles de pronto compareceram ao local e levaram o comunicante ao HGR; QUE no HGR realizou exames de raio X; QUE os médicos constataram haver uma fratura na clavícula; QUE não realizou cirurgia; QUE teve a clavícula immobilizada com gesso; QUE ficou 60 dias afastado de suas atividades porém até hoje sente dores no local; **QUE este B.O. é para fins do seguro DPVAT.**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito Com Vítima

CORRENCIA: ACID
ape
Priscila Carneiro
Agente de Polícia Civil
Matrícula 042000912

PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
Agente de Polícia

Lore da Silva Lima

IANE DA SILVA LIMA
Comunicante

O comunicante declara para os devidos fins de direito que o (a) responsável pelas informações acima apresentadas é ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro.

DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
Endereço: Av. Capitão Júlio Bezerra, 343 Centro
Boa Vista – Roraima – Brasil

22 JAN. 2019



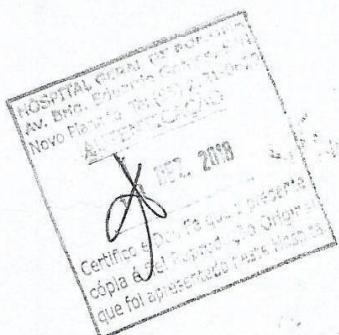


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

DECLARAÇÃO E RETIFICAÇÃO

22 JAN. 2019

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que consta registro de **IAN DA SILVA LIMA** retifica-se por **IANE DA SILVA LIMA, RG 140.622 SSP/RR**, deu entrada no PRONTO NO PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO (GRANDE TRAUMA), no dia 06/10/2018 às 18h18min, por motivo de **ACIDENTE DE MOTO**, recebendo os cuidados da equipe de plantão. Cód. de Atendimento: 1801018768.



Boa Vista-RR, 13 de Dezembro de 2018.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/nº Bairro Novo Planalto – Cep.: 69360-000
mail: hospgr@yaibest.com.br

06/10/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

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

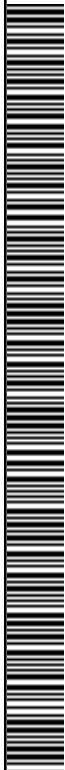
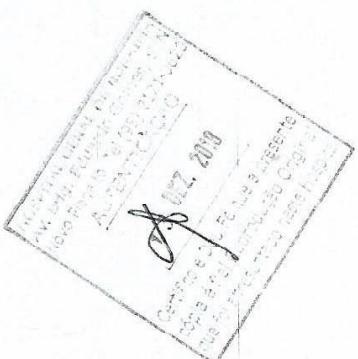


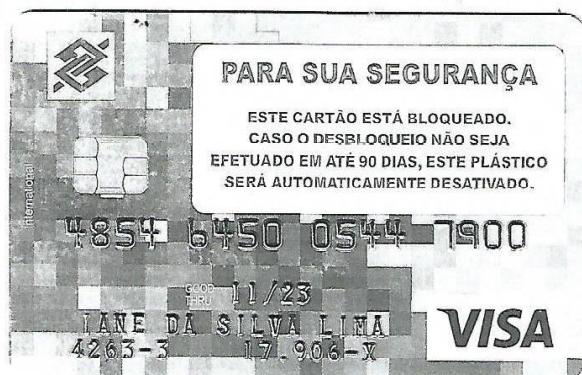
1801018768	06/10/2018 18:18:45	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	39		
Paciente IAN DA SILVA LIMA		Data Nascimento 10/06/1973	Idade 45 A 3 M 26 D	CNS	CPF 41301676268	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 10123997	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão M	Sexo SOLTEIRO(A)PARDA	Estado Civil Raça/Cor	Naturalidade NACIONAL	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe MARIA DAS GRACAS DE JESUS DA SILVA				Pai RONY DA SILVA LIMA		Contato (95) 99131-3583	Ocupação FUNCIONÁRIO PÚBLI
Endereço RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1700 - UNIAO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.			Registrado por: KAREN.GARCIA
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febre <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)	<p>Ped. velho se queixou de moto, depois fui levado por meus pais, quando foi no encontro (E) e metr (E), o tempo não. Exame Físico BEM globalizado, expressa dor e edema no dente (E).</p>						
Hipótese Diagnóstica	<p>do dente?</p>						
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	
				<p>2019</p> <p>Certifico que é paciente côpia é feita na produção original foi apresentado neste Hospital</p>			
Conduta	<p><i>Vendell Rabelo</i> MÉDICO CRM-HR 1966</p> <p><i>Análise Ortopedia</i></p>						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório						
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)						
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação						
<input 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: karen.garcia Data Hora: 06/10/2018 18:19:28							



Art Dr Reyer

Tracem contusas levemente no tórax + cintura
++ lesão evidente Fx de clavícula (E)
F dor à palpação + hematomas
+ ós globo (8")





22 JAN. 2019



DECLARAÇÃO DE QUITAÇÃO ANUAL DE DÉBITOS
ANO BASE: 2017

Nome

IANE DA SILVA LIMA

Endereço do imóvel

RUA ALTATIR PEREIRA DE MELO - 01700 - UNIAO BOA VISTA RR 69313-780

Inscrição

001.027.742.0226.000

Matrícula

48755.4

Sequencial

802991

Sr. Cliente,

Atendendo a Lei nº 12.007/2009, informamos abaixo os pagamentos:

FATURA	SITUAÇÃO	DATA DA SITUAÇÃO	VALOR
01/2017	PAGA	06/03/2017	30,31
02/2017	PAGA	12/06/2017	36,70
03/2017	PAGA	12/06/2017	26,83
04/2017	PAGA	18/09/2017	26,83
05/2017	PAGA	11/08/2017	26,83
06/2017	PAGA	11/08/2017	43,93
07/2017	PARCELADA	26/02/2018	42,13
08/2017	PAGA	11/12/2017	80,10
09/2017	PARCELADA	26/02/2018	81,66
10/2017	PAGA	08/11/2017	60,13
11/2017	PARCELADA	26/02/2018	61,52
12/2017	PARCELADA	26/02/2018	39,24
TOTAL			556,21

22 JAN. 2019 Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano de 2017.

§ 1º do art. 2º Somente terão direito à declaração de quitação anual de débitos os consumidores que quitarem todos os débitos relativos ao ano em referência.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CARTEIRA DE TRABALHO

Eu Jane da Silva Lima, portador do RG nº 140622
Orgão expedidor SSP-RR e do CPF 413.016.762-68 residente no
endereço Rua: Altair Pereira de Melo nº 1700
Bairro União declaro que não possuo CTPS – Carteira de
Trabalho, declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima
implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 15 da Lei 12.101/09.

Boa Vista - RR, 20/08/19

(local, data)

Jane da Silva Lima
(Assinatura do declarante)

Data: 10/10/2019

Movimentação: DISTRIBUÍDO POR SORTEIO

Complemento: 5^a Vara Cível

Por: SISTEMA CNJ

Data: 10/10/2019

Movimentação: REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR

Complemento: Registro de Distribuição

Por: SISTEMA CNJ

Data: 10/10/2019

Movimentação: RECEBIDOS OS AUTOS

Por: SISTEMA CNJ

10/10/2019: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL.

Data: 10/10/2019

Movimentação: CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL

Por: SISTEMA CNJ