



Ablinter Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Nome completo: Charmela Francisca Souza
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Secretária RG: 139.915 SSP/RR
CPF: 562301.682-00 Endereço: Rua Rio Amajari — II — L
Nº: 200
Bairro: Araceli S. Maior CEP: 69315-018 Município: Boa Vista RR
Telefone: (65) 99943-9999 E-mail: iloirrr@hotmail.com

Pelo presente instrumento procuratório, nomeio e constituo, como meus procuradores, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, e **ANDRÉ CARLOS ISRAEL**, brasileiro, casado, advogado inscrita na OAB/RR sob o nº. 2045-N, ambos com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo substabelecer esta procuração com ou sem reserva de iguais poderes.

Boa Vista/RR, 19 de novembro de 2020.

Xiphomela Francisca Souza

Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 99118-5777
E-mail: adv.abhner@hotmail.com **Website:** <http://www.abhneradvcon.com.br>



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome completo: Charmela Francisca Souza
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
Profissão: Secretária RG: 139.915 SSP/RR
CPF: 562.301.682-00 Endereço: Rua Rio Amajari - 11 - 1111-1111 Nº: 260
Bairro: Araceli S. Major CEP: 69315-018 Município: Boa Vista / RR
Telefone: (95) 99943 - 9999 E-mail: charmelafrancisa.souza@hotmail.com

Pelo presente documento, declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado hipossuficiente na forma da Lei, pleiteando, portanto, direito à Justiça Gratuita.

Boa Vista/RR, 19 de novembro de 2020.

Charmela Francisca Souza

Declarante

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: Charmela Francisca Souza

NACIONALIDADE: Brasileira

PROFISSÃO: autônomo

IDENTIDADE: 139915 SSP/RR

ENDERECO: Rua: Rio Aranajari - N: 260, Aracelis

OUTORGADO

NOME: Igor Inacio de Souza

NACIONALIDADE: Brasileiro

PROFISSÃO: autônomo

IDENTIDADE: 354 804

ENDERECO: Rua: Antonio Pinheiro Galvao - 1832, Buritis

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constituí o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/03/2020, cobertura invalidez, vitima: Charmela Francisca Souza

Boa Vista 20-03-2020



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



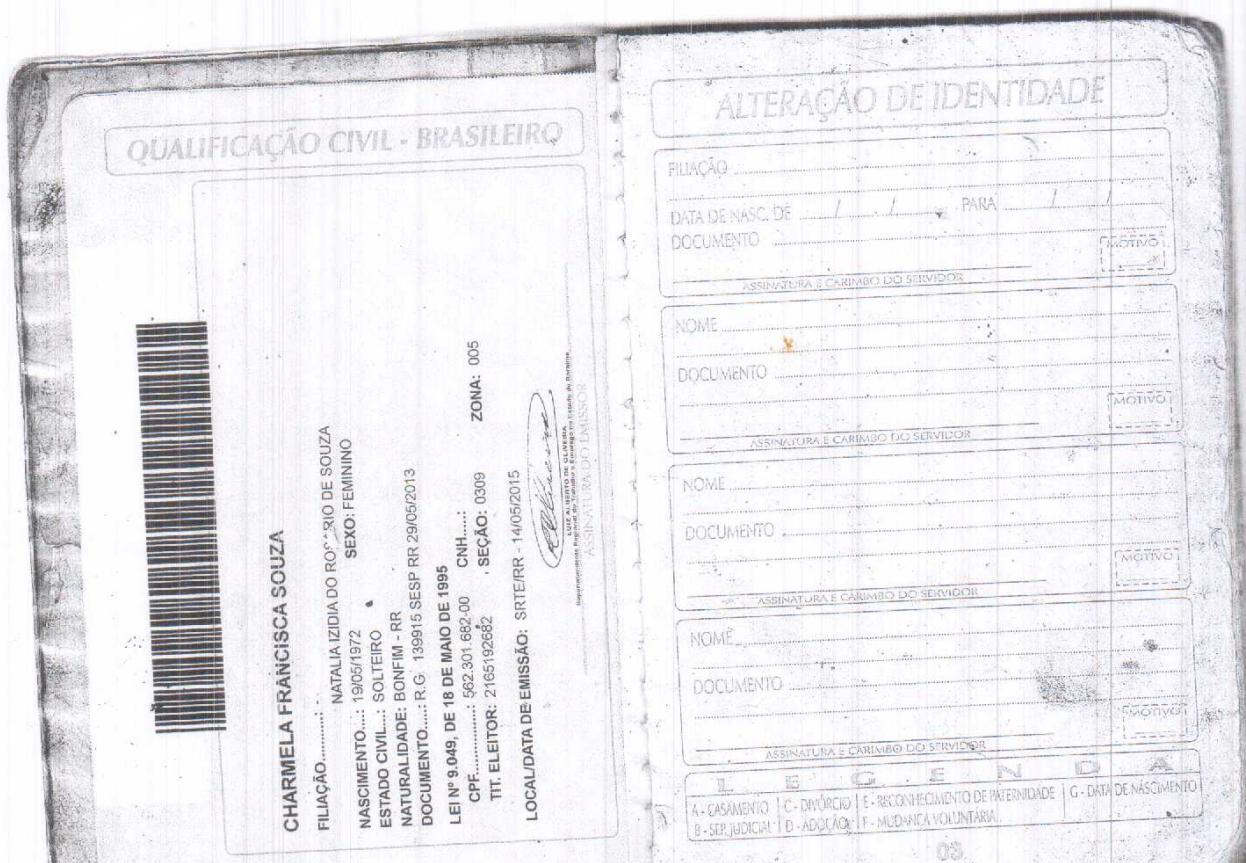
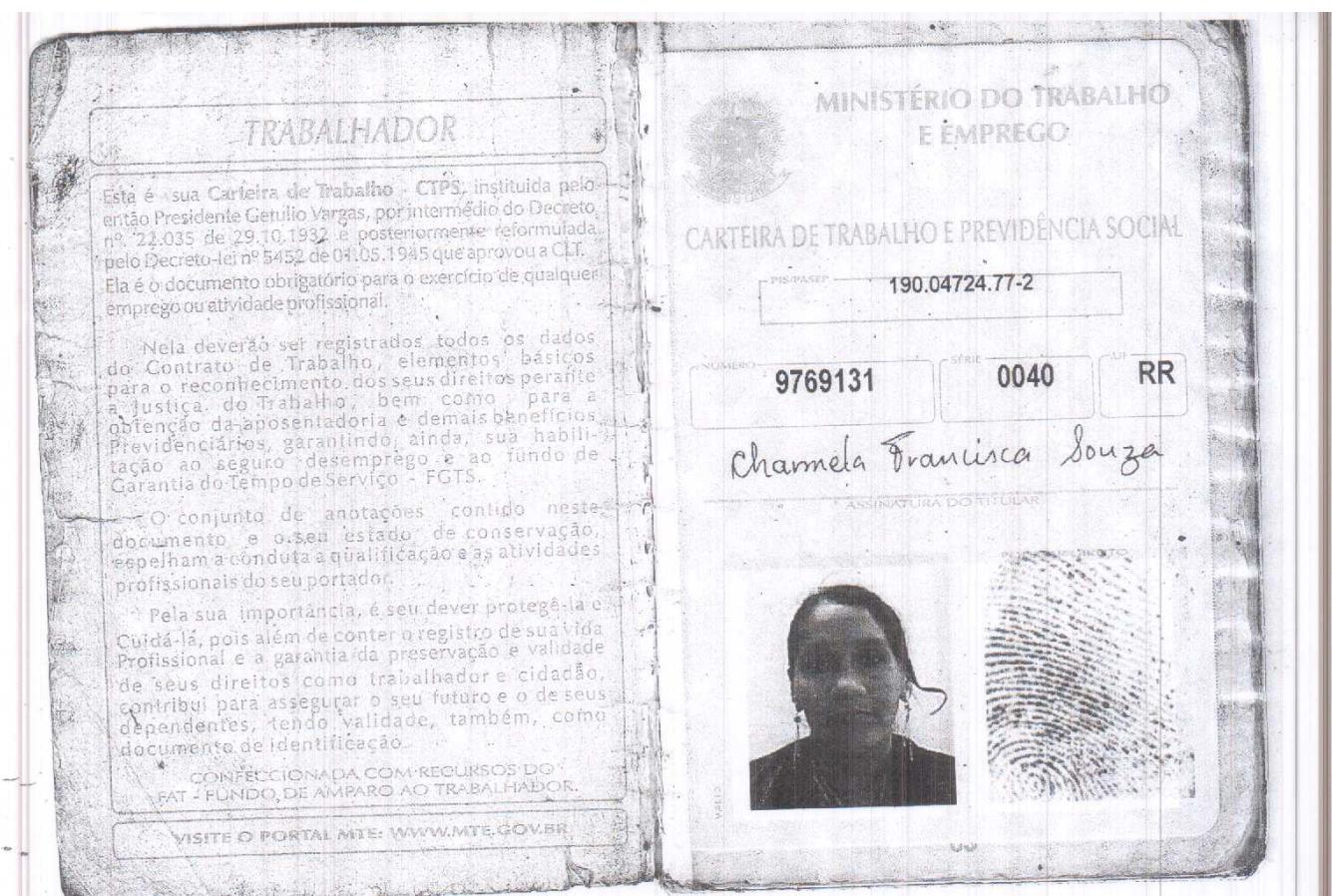
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataíde Oliveira, 4307 - Asa Branca - Boa Vista/RR
Fone: (65) 3627-4189
selicinboavista@cartorioaquino.com.br

Em testemunha de verdade, DIA
De que dia 20 de Boa Vista/RR, 20 de março de 2020
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
1. CHARMELA FRANCISCA SOUZA

191.372
Yara Carvalho
Barbosa dos Santos
DAMIANO Aquino
Tabelião e Registrador
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista

RECFR166295BEYIKTH26RL76347

Emolumentos: R\$ 1,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,00 Total R\$ 3,21





CAERR
CNPJ: 05.939.487/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 218 - SAO PEDRO - CEP. 69.306-610

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 743879 | Janeiro/2020

Dados do Cliente:
MARIA DO CARMO NUNES

Endereço para entrega:
RUA RIO AMAJARI, NUM. 00260 - PROFA ARAC
ELI SOUTO MAIOR BOA VISTA RR 69315-018

Inscrição	Rota	Seq.Rota	Quantidade de Economias
001.032.424.0410.000	21	2180	RESIDENCIAL
Hidrômetro	Data de Instalação	Situação Água	Situação Esgoto
NÃO MEDIDO		LIGADO	LIGADO

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3) | NUM DE DIAS

LEITURA FAI. | 10 | 0 | 10:07:41

LEITURA INF. | 10 | 0 | 10:07:41

DT. LEITURA | 10 | 0 | 10:07:41

ULTIMOS CONSUMOS

201912	10-0
201911	10-0
201910	10-0
201909	10-0
201908	10-0
201907	10-0
MEDIA	10

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA 10 M3 23,83

ESGOTO 30,0 % DO VALOR DE ÁGUA 19,06

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019 0,95

IMPRESSO EM: 03/01/2020 10:07:41

VENCIMENTO: 15/02/2020 **TOTAL A PAGAR** 43,84

AVISO: 11-30-2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

Via do Cliente



MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
743879	01/2020	15/02/2020	43,84

82690000000-9 43840004001-2 00074387901-7 01202040003-7





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência N°: 4012/2020 - Registrado em: 02/06/2020 às 12h 31min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 16/03/2020 às 11h 50min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: MAURO CAMPELO

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Bairro: JOQUEI CLUBE

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

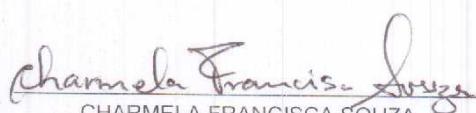
CHARMELA FRANCISCA SOUZA(48), nascido(a) em 19/05/1972, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de SECRETÁRIA(O), CPF N° 562.301.682-00, País: BRASIL, natural de BONFIM-RR, filho(a) de NATALIA IZIDIA DO ROSARIO DE SOUZA e IGNORADO, endereço: RIO AMAJARI, cep: 69315-018, N°: 260, bairro: PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98409-1203.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUNDOWN/WEB 100, PRETA, PLACA NAV-8792, QUANDO AO FAZER A CURVA DO ENDEREÇO ACIMA, SENTIDO CENTRO/BAIRRO SENTIU ALGO BATER NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA (A MESMA NÃO SABE INFORMAR O QUE BATEU NA MOTO), QUE COM A BATIDA OCORREU O ACIDENTE E O ACELERADOR DA MOTO TRAVOU FAZENDO COM QUE A MESMA SAÍSSSE DERRAPANDO NO ASFALTO, QUE COM A QUEDA SOFREU FRATURAS NO PÉ DIREITO, E FORA SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA O COSME E SILVA E EM SEGUIDA LEVADA PARA O HGR. É O RELATO

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLICIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


CHARMELA FRANCISCA SOUZA
COMUNICANTE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://pjudi.tjrs.br/projudi/> - Identificador: PJ5S2 HFVF5 D7MDH UHFMA



VISIT. N/C

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação		
		<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:	<input type="checkbox"/> Vermelho <input type="checkbox"/> Laranja <input type="checkbox"/> Amarelo <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul Ass.:		
2001231219	16/03/2020 14:51:57	FICHA DE ATENDIMENTO			TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	23
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
CHARMELA FRANCISCA SOUZA		19/05/1972	47 A 9 M 28 D	700005005782502	56230168200		
Tipo Doc		Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE		139915	SSP/RR	18/11/2015	F	SOLTEIRO(A)	PARD
Mãe						Naturalidade	Nacionalidade
NATALIA IZIDIA						BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Endereço						Contato	
RUA - RIO AMAJARI - 260 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR						(95) 99943-9999	Ocupação
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
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA					
Setor		Type de Chegada	Procedimento Sol.			Registrado por:	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA				ANTONIA.SOARES	
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Paciente com edema (bexicos) em pé (D).</i>					
Anamnese de Enfermagem		<i>Refei abzoxie à Dipirona e Paracetamol.</i>					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 14:55 h)		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6					
Exame Físico		<i>Paciente sobre queixa, com torção do pé (D), refrevoi encominhade do come e Síns. cl ex- pé (D).</i>					
Hipótese Diagnóstica		<i>frature em pé direito</i>					
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: <i>Exame à presente</i> <i>Novo Planalto Tel (95) 2121-0620</i>					
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <i>que foi apresentado no teste hospitalar</i>					
Conduta		<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ortopedia</i>					
Óbito		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Ortopedia e <input type="checkbox"/> Medicina e <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Data e Hora da Saída/Alta: / / : :					
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: antonia.soares		<i>Carimbo do N. Araújo</i> <i>Médico</i> <i>RM-RR 213</i>					
Data Hora: 16/03/2020 14:53:08							



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

SAC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12. Disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, para determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA estrutura do MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Flávia Inácia de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682/00

Charmela Francisca Souza da Vítima Charmela Francisca Souza

do sinistro de DPVAT cobertura

1ºmobilidade

inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua: Antônio P. Galvão

Número: 1332 Complemento:

Bairro:

Zurite

Cidade:

Boa Vista

Estado: RR

CEP: 69.309-209

E-mail:

INFOFRR@HOTMAIL.COM

Tel.(DDD):

(65) 98404-5368

Local e Data:

Boa Vista - RR, 18/06/2020

Flávia Inácia de Souza
Assinatura do Declarante



AO: 250-X
CC: 75477-3
BRAZIL





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 Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200219249

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Data do Acidente: 16/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Pag. 0139301394 - carta_07 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15887049

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: PJ8W2 GAWS4 EDVS8 2YKLR

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



Seguradora Líder · DPVAT

ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

