

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

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

Processo 0830414-04.2020.8.23.0010 ☆ - (21 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

| Informações Gerais | Informações Adicionais | Partes | Movimentações | Apensamentos (0) | Vínculos (0) |
|---|------------------------|---------------------|--|---------------------------------|---|
| <p>Realces ↑</p> <p>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</p> <p>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p> | | | | | |
| <p>Filtros ↑</p> <p>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</p> <p>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></p> <p>Descrição: <input type="text"/></p> | | | | | |
| <p>9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9 500 por pág. 1</p> | | | | | |
| Seq. | Data | Evento | | Movimentado Por | |
| <input type="checkbox"/> | 9 | 17/12/2020 18:05:15 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO | | JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador |
| | 9.1 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ⋮ KITSEGURADORALIDER.pdf | Público |
| | 9.2 | Arquivo: Petição | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ⋮ 2773198CONTESTACAO01.pdf | Público |
| | 9.3 | Arquivo: DOCS | Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO | ⋮ 2773198CONTESTACAOAnexo02.pdf | Público |
| | 8 | 08/12/2020 00:01:18 | LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de CHARMELA FRANCISCA SOUZA) em 09/12/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (27/11/2020) e ao evento de expedição seq. 7. | | SISTEMA CNJ |
| | 7 | 27/11/2020 17:36:59 | EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de CHARMELA FRANCISCA SOUZA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE (27/11/2020) | | PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária |
| <input type="checkbox"/> | 6 | 27/11/2020 09:16:46 | CONCEDIDA A ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA A PARTE | | Rodrigo Bezerra Delgado Magistrado |
| | 5 | 26/11/2020 17:10:41 | CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL | | SISTEMA CNJ |
| | 4 | 26/11/2020 17:10:41 | RECEBIDOS OS AUTOS | | SISTEMA CNJ |
| | 3 | 26/11/2020 17:10:41 | REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição | | SISTEMA CNJ |
| | 2 | 26/11/2020 17:10:41 | DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 3ª Vara Cível | | SISTEMA CNJ |
| <input type="checkbox"/> | 1 | 26/11/2020 17:10:40 | JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL | | ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS Advogado |



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, 22 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: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CHARMELA FRANCISCA SOUZA

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

Carta nº 15880036



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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15887049

Pag. 01393/01394 - carta_07 - INVALIDEZ



00030697





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 Nº: 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 Nº 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, Nº: 260, bairro: PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 98409-1203.

RELATO DA OCORRÊNCIA

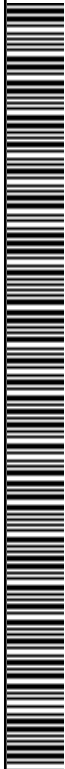
A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: A COMUNICANTE INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUNDOWN/WEB 100, PRETA, PLACA NAV-8792. QUANDO AO FAZER A CURVA DO ENDEREÇO ACIMA, SENTIDO CENTRO/BAIRRO SENTIU ALGO BATER NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA (A MESMA NÃO SABE INFORMAR O QUE BATEU NA MOTO), QUE COM A BATIDA OCORREU O ACIDENTE E O ACELERADOR DA MOTO TRAVOU FAZENDO COM QUE A MESMA SAÍSSE 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
MATRICULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

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


CHARMELA FRANCISCA SOUZA
COMUNICANTE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200219249 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA **Data do acidente:** 16/03/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIRETO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. EM TRATAMENTO. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DATA DO ACIDENTE: 16/03/2020

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;


- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRIVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS


| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |





CAERR

CNPJ: 06.938.487/0001-15
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
 RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.306-610



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. 08260 - 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 |
|--------------|-------|--------------|-------------|
| EITURA FAI. | | 10 | 0 |
| LEITURA INF. | | | |
| DT. LEITURA | | | |

| ULTIMOS CONSUMOS | |
|------------------|-----------|
| 201912 | 10-0 |
| 201911 | 10-0 |
| 201910 | 10-0 |
| 201909 | 10-0 |
| 201908 | 10-0 |
| 201907 | 10-0 |
| MEDIA | 10 |


| Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor | | | | | |
|---|-------|----------|-----|----------|--------|
| Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição | | | | | |
| DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2006 G.M | | | | | |
| AMOSTRA | CLORO | TURBIDEZ | COR | C.TOTAIS | E.COLI |
| EXIGIDAS | 180 | 180 | 180 | 180 | 180 |
| ANALISADAS | 189 | 189 | 189 | 189 | 189 |
| CONFORMES | 189 | 189 | 189 | 189 | 189 |

| DESCRICAÇÃO | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|--------------------------------|---------|-------------|
| AGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) | | |
| CONSUMO DE AGUA | 10 M3 | 23,83 |
| ESGOTO 50,0% DO VALOR DE AGUA | | 19,06 |
| MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019 | | 0,95 |

VENCIMENTO: **15/02/2020**


TOTAL A PAGAR
43,84

AVISO: EM 06/01/2019 CONSTA DEBITO SUJ. CORT. IGNORE CASO PAGO

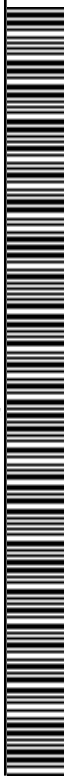


| MATRICULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 743879 | 01/2020 | 15/02/2020 | 43,84 |

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



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ892 RQ62S 8VWBC MATT3



17/06/2020

Via de Pagamento para o mes/ano: 03/2020 referente a UC: 1089170



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 4872053

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVÃO, 1832, 4

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 03/2020 | PERÍODO DE CONSUMO 21-FEB-20 a 25-MAR-20 |
| CONSUMO (kWh) 703 | VENCIMENTO 11-APR-20 | TOTAL A PAGAR R\$ 579,51 |

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

| | | |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO 1089170 | MÊS 03/2020 | TOTAL A PAGAR R\$ 579,51 |
|-------------------------|----------------|-----------------------------|

836400000052.795100750004.000000001081.917003200057





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12¹

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

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 SUSEP 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, por 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 RESSEGURO. 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 ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Glair Inácio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário:
Charmela Francisca Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 562.301.682/00
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Charmela Francisca Souza
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 Líder-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: 1832 Complemento: _____
Bairro: Swiss Cidade: Bea Vista Estado: RR CEP: 65.309-209
E-mail: FLOFRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)98404-5368

Local e Data: Bea Vista - RR, 18/06/2020

Assinatura do Declarante

VISTO UV



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"/> Vermelho | <input type="checkbox"/> Vermelho | <input type="checkbox"/> Vermelho |
| <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Laranja | <input type="checkbox"/> Laranja |
| <input type="checkbox"/> Amarelo | <input type="checkbox"/> Amarelo | <input type="checkbox"/> Amarelo | <input type="checkbox"/> Amarelo |
| <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Verde | <input type="checkbox"/> Verde |
| <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <input type="checkbox"/> Azul Ass. | <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 |
| IDENTIDADE | 139915 | SSP/RR | 18/11/2015 | F | SOLTEIRO(A)PARDA |
| Mãe | Pai | | Naturalidade | | Nacionalidade |
| NATALIA IZIDIA | NC | | BOA VISTA - RR | | BRASILEIRA |
| Endereço | Contato | | | Ocupação | |
| RUA - RIO AMAJARI - 260 - PROFESSORA ARACELI SOUTO MAIOR - BOA VISTA - RR | (95) 99943-9999 | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|--------------|
| 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 MOTO | URGÊNCIA | | | | |
| Sector | Tipo de Chegada | Procedimento Sol. | Registrado por: | | |
| GRANDE TRAUMA | DEMANDA ESPONTANEA | | ANTONIA.SOARES | | |

Queixa Principal Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Paciente com edema (bechoca) em pé (D).

Anamnese de Enfermagem

Refere alergia a Dipirona e Paracetamol.

GSC TOTAL
 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - *14:55* h)

Paciente refere queda, com torção do pé (D), refere via encaminhada do Corne e Silve. Cl RX - pé (D).

Exame Físico

Bg, cor, ASA, expone, desambulado / dificuldade.

Hipótese Diagnóstica

fratura em pé direito

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brlg. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Plano To Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 29 ABR 2020

SADT - Exames Complementares

RAIO-X ULTRA-SON TC SANGUE URINA ECG OUTROS

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|--------------------------------|-------------|------------|
| <i>[Handwritten scribbles]</i> | | |
| <i>[Handwritten scribbles]</i> | | |
| <i>[Handwritten scribbles]</i> | | |

Conduta

Alta por Decisão Médica Ambulatório
 Alta a Pedido Observação (Até 24h)
 Alta a Revelia Internação
 Transferência para: *ortopedia*

óbito

Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
 Data Hora: 16/03/2020 14:53:08

[Handwritten signature]
 Carimbo do Dr. Arruújo
 Médico
 1-RR 2132



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ892 RG62S 8VWBC MATT3

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

| | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| NOME ILOIR INACIO DE SOUZA | | |
| * DOC. IDENTIDADE / CNRG. EMISSOR/UF 114807 SSP RR | | |
| CPF 383.051.512-04 | DATA NASCIMENTO 07/04/1978 | |
| FILIAÇÃO JOSE SOUZA DE ASSUNCAO | | |
| ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA | | |
| PERMISSÃO | ACC | CAT. HAB. A/B |
| Nº REGISTRO 0110192304 | VALIDADE 28/01/2020 | Vº HABILITAÇÃO 15/12/1995 |
| OBSERVAÇÕES | | |
|  ASSINATURA DO PORTADOR | | |
| LOCAL BOA VISTA - RORAIMA | | DATA DE EMISSÃO 30/01/2015 |
|  MARCÉLIO ALBERTSCHIK FERREIRA DIRETOR PRESIDENTE ASSINATURA DO EMISSOR | | 22485240616 3207968020 |
| DETRAN-RR (RORAIMA) | | |

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR 980151096



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 04.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: 190.04724.77-2

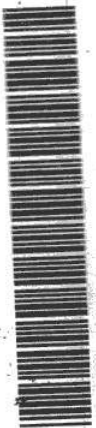
| | | |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|
| NÚMERO 9769131 | SÉRIE 0040 | LÍQUIDAÇÃO RR |
|--------------------------|----------------------|-------------------------|

Chamela Francisca Souza

ASSINATURA DO TITULAR




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



CHARMELA FRANCISCA SOUZA

FILIAÇÃO: NATALIA IZIDIA DO ROSÁRIO DE SOUZA
 NASCIMENTO: 19/05/1972 SEXO: FEMININO
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
 NATURALIDADE: BONFIM - RR
 DOCUMENTO: R.G. 139915 SESP RR 29/05/2013
 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CNH: 005
 CPF: 562.301.682-00 SEÇÃO: 0309 ZONA: 005
 TIT. ELEITOR: 2165192682
 LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 14/05/2015

ASSINATURA DO EMPREGADOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

| | |
|----------------------------------|--------|
| FILIAÇÃO | |
| DATA DE NASC. DE | PARA |
| DOCUMENTO | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |
| NOME | |
| DOCUMENTO | MOTIVO |
| ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR | |

LEGENDA

| | | | |
|-------------------|--------------|-----------------------------------|------------------------|
| A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO |
| B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA | |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| | |
|----------------|-------------------------------------|
| NOME: | Charmela Francisca Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileira |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 139915 SSP/RR |
| ENDEREÇO: | Rua: Rio Amajari - N: 260, Anacelis |

OUTORGADO

| | |
|----------------|--|
| NOME: | Jlson Inacio de Souza |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro |
| PROFISSÃO: | Autônomo |
| IDENTIDADE: | 114804 |
| ENDEREÇO: | Rua: Antonio Pinheiro Galvão - 1832, Bucitês |

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 constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 16/03/2020, cobertura Invalidez, vítima: Charmela Francisca Souza

BOA VISTA 20-03-2020

LOCAL E DATA

Charmela Francisca Souza

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



DANIEL AQUIÑO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aurélio Teles, 4307 - Asa Brasileira - Boa Vista/RR
Fone: (67) 3657-4188
2oficioboavista@cartorioaquino.com.br

191.372
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Em instrumento de verdade: DBA
De que dou té: Boa Vista/RR, 20 de março de 2020
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cartorioaquino.com.br
REC FIR 186286BEYIKT-Q8RL7634

Emolumentos: R\$ 2,56 Fundos ISS: R\$ 0,65 SELO: R\$ 1,50 - Total: R\$ 4,71

João Alves Barbosa Filho
Barbosa dos Santos
Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169837/20

Vítima: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

CPF: 562.301.682-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/03/2020

Titular do CPF: CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ILOIR INACIO DE SOUZA : 383.051.512-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CHARMELA FRANCISCA SOUZA : 562.301.682-00

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: 18/06/2020
Nome: CHARMELA FRANCISCA SOUZA
CPF: 562.301.682-00

CHARMELA FRANCISCA SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: MANOEL COELHO NETO
CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO

