

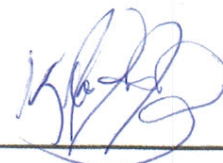
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA
ESTADO CIVIL: CASADA **PROFISSÃO:** AUTÔNOMO
RG nº: 08485.040848/2018-B PF **CPF/MF nº:** 707.255.102-69
TELEFONE: (951) **E-MAIL:** _____
ENDEREÇO: RUA AC 05 Nº 91 BAIRRO: SENADOR
HELIO CAMPOS CEP. 69.316-464 BOA VISTA - RORAIMA

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA e JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na OAB/RR 551-E, com endereço profissional estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula “ad Judicia”, mais os ressalvados no art. 105, do Código de Processo Civil de 2015, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 24 de JUNHO de 2020


x _____

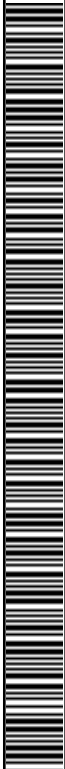
DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Karlise Josefine Ribeiro Zaragoza
ESTADO CIVIL: casada PROFISSÃO Autônoma
RG nº. 08485.040848/2018-15 PF
CPF/MF nº. 707.255.102-69
ENDEREÇO: Rua - MC-05, n.º 91 Bairro: Senador
Hilho Lages, CEP. 69.316-464, Boa Vista - RR

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 24/ Junho de 2020







JESUS

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
MAI/2020
CÓDIGO MINHA OI
402003418872

VENCIMENTO
02/06/2020
Emissão em 15/05/2020
Período de 13/04/2020 a 13/05/2020

PAGAR (R\$)
114,35



CDD ASA BRANCA RR
JESUS RAMON GALLARDO RENGEL
RUA HC 05 91
SENADOR HELIO CAMPOS
69316-464 - BOA VISTA - RR



AD: 00013620

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.

Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

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: PJV5J T8GRF EA68N JYVNA



TRABALHADOR		
Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS 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 e 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. ESTA CARTEIRA CONTÉM 34 PÁGINAS NUMERADAS		
MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PROVISEP 150.22.500.01-2 NÚMERO 0548179 SIGLA A01 UF RR   CONTRATANTE TITULAR		



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: 11566/2020 - Registrado em: 23/09/2020 às 18h 24min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 02/06/2020 às 19h 20min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: HC 05

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Referência: PXA UMA CONSTRUÇÃO ABANDONADA

Complemento: VIA PÚBLICA

UF: RR

Nº: S/N

CEP: 69300-000

Tipo de local: CONSTRUCAO ABANDONADA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

JESUS EDUARDO MILLAN GONZALEZ (29), nascido(a) em 25/04/1991, sexo MASCULINO, solteiro(a), exercendo a profissão de PEDREIRO, CPF Nº 706.977.822-80, País: VENEZUELA, filho(a) de MAGALIS MARIA GONZALEZ GONZALEZ e NELSON MILLAN JOSE PEREZ, endereço: RUA HC 05, cep: 69316-464, Nº: 91, bairro: SENADOR HELIO CAMPOS, BOA VISTA-RR, complemento: CHÁCARA, referência: REGIÃO DE CHÁCARAS, Telefone: (95) 99130-0103.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRÂNSITO SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS, INFORMA QUE TRAFEGAVA NA REFERIDA RUA EM SUA MOTOCICLETA, UMA SANDOWN/MAX 125 SED DE PLACA NAN3765, DE COR PRATA, ANO DE FABRICAÇÃO 2009/2009, RENAVAN 00327212110, CHASSI 94J2XCCG99MO36274, DE PROPRIEDADE DE ABRAAO OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR, TENDO COMO GARUPA A SUA ESPOSA **KARLICE JOSEFINA RIVEIRO ZARAGOZA, CPF Nº 707.255.102-69**, QUANDO UM MOTOCICLISTA DE NOME E PLACA NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, BATEU DE FRENTE COM SUA MOTOCICLETA E COM O IMPACTO FRONTAL, OS MESMOS FORAM ARREMESSADOS NA CALÇADA E MEIO FIO DA MALHA ASFÁLTICA, SOFRENDO FRATURAS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. O SAMU FOI ACIONADO E SOCORREU OS MESMOS AO GRANDE TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA-HGR, PARA PROCEDIMENTOS MÉDICOS.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRONICAMENTE

VALDEMIR DE S. CONSTANTINO
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000887
ASSINADO ELETRONICAMENTE



Jesus Eduardo Millan Gonzalez
JESUS EDUARDO MILLAN GONZALEZ
COMUNICANTE





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

1ª Classificação: _____
Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.:

2001247469 03/06/2020 11:51:20 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 8

Paciente **KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA** Data Nascimento **03/12/1984** Idade **35 A 6 M 0 D** CNS _____ CPF **70725510269** Prontuário
Tipo Doc _____ Documento Órgão Emissor Data Emissão _____ Sexo **F** Estado Civil _____ Raça/Cor **PARDA** Naturalidade _____ Nacionalidade **VENEZUELA**
Mãe **MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA** Pai **NI** Contato **(95) 99156-9608**
Endereço **RUA - HC-5 - 91 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR** Ocupação _____

Class. de Risco _____ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira _____ Validade _____ Autorização _____ Sis Prenatal _____
Motivo do Atendimento **OUTROS** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. _____ Procedência _____ Temp. _____ Peso _____ Pressão _____
Setor **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada _____ Procedimento Sol. _____ Registrado por: **DAL**
DEMANDA ESPONTANEA

Queixa Principal _____ ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem _____ GSC _____ TOTAL _____
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares
☐ RAO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☐ Transferência para: _____ Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: dal
Data Hora: 03/06/2020 11:53:23

© 2020
SOTRICH - Soluções em Tecnologia
C4 - Integrada em Saúde
Tel. 43.221-0159.43



2001247469

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação: _____
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: _____

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: _____

Reclassificação: _____
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.: _____

2001247321 02/06/2020 19:42:14 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 6

Paciente **KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA** Data Nascimento **03/12/1984** Idade **35 A 5 M 30 D** CNS _____ CPF ⁰⁷ _____ Prontuário _____
Tipo Doc _____ Documento _____ Órgão Emissor Data Emissão _____ Sexo **F** Estado Civil _____ Raça/Cor **PARDA** Naturalidade _____ Nacionalidade **VENEZUELA**
Mãe **MAGALISM JOSEFINA ZARAGOZA** Pai **NI** Contato _____
Endereço **RUA - - SN - - BOA VISTA - RR** Ocupação _____

Class. de Risco _____ Plano Convênio **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° 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 _____ Procedimento Sol. _____ Registrado por: **JACKSON.SADOVSKI**
Queixa Principal _____

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem **GSC** TOTAL _____
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Acidente de moto, queda de moto, sobre trauma de MSD.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica
Trauma MSD

SADT - Exames Complementares
☐ RAIO - X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
Dipnóia of EV		
Tórax ray EV		

Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM 1554/RR / RQE: 176
Cirúrgia Geral

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: **ortopedia** Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica ____/____/____:____:____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: jackson.sadovski
Data Hora: 02/06/2020 19:46:19

2001
SISTEMA - Entidade em Tecnologia
CNPJ 08.000.000/0001-91
Insc. Est. 15.115.014-02



2001247321



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, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200366955

Vítima: KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Data do Acidente: 02/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KARLICE JOSEFINA RIVERO ZARAGOZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 02/06/2020, emitida pelo Dr. ARNALDO J. H. PEREZ, CRM nº 1554 - RR, da Instituição HOSPITAL GERAL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16223241

Pag. 00233/00234 - carta_31 - INVALIDEZ



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTAJ 8K4EW PTRL7 CZ63K

