

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE FERRARI  
**ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **PROFISSÃO:** FLORICULTOR  
**RG nº:** 052706 MDRR **CPF/MF nº:** 239.923.442-15  
**TELEFONE:** 99121-4417 **E-MAIL:** \_\_\_\_\_  
**ENDEREÇO:** RUA NEVALDO CONCE. GUTIERREZ, Nº 955, BAIRRO  
PANTOLANDEIA, BOA VISTA/RR, CEP. 69.316-740

**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, 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: (065) 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, 16 / JULHO de 2020.

Jose Ferrari

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: JOSE FERRAZ  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO HORTICULTOR  
RG nº. 42706 M/RR CPF/MF nº. 239.923.442-55  
ENDEREÇO: RUA NIVALDO CONL. GUTIERREZ, Nº 911, BAIRRO  
ANTONINIA, BOA VISTA, CEP. 69.356-740

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, 16/ JULHO de 2020

Jose Ferraz

## 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 5.452 de 01.05.1943 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 TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://trabalho.gov.br)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PS/PASEP  
122.95671.98-3

NÚMERO

2246101

SÍMBOLO

0060

UF

RR

ASSINATURA DO TITULAR



21 MAIO 2019

## QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JOSÉ FERRARI

FILIAÇÃO.....: ZELITA DOS SANTOS FERRARI  
GETULIO FERRARI  
NASCIMENTO.....: 21/06/1957  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: CÁCERES - MT  
DOCUMENTO.....: CDI - 042706 - 22/11/2004 - MD - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 239.923.442-15

TÍT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/RR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO.: 26/02/2019

CNH.....:  
SEÇÃO:

ZONA:

*Magno Pellon Della-Flora*

MAGNO PELLON DELLA-FLORA  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego RR  
ASSINATURA DO EMISSOR

## ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E EMPENHO DO EMISSOR

[NOTA]

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E EMPENHO DO EMISSOR

[NOTA]

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E EMPENHO DO EMISSOR

[NOTA]

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E EMPENHO DO EMISSOR

[NOTA]

1. EMISSÃO 2. CANCELAMENTO 3. RECONHECIMENTO DE EMPENHO 4. CANCELAMENTO DE EMPENHO 5. SEU TÍTULO 6. DOCCO 7. F. MONTA VENCIMENTO 8. DATA DE NASCIMENTO

via de Pagamento para o mes/ano: 01/2020 referente a UC: 969290



## 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: 4439451

**ZELITA DIAS DOS SANTOS**

R. NIVALDO CONC GUTIERREZ, 911 ,

PINTOLANDIA

69316740 BOA VISTA

RR

|               |            |                       |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS -      | PERÍODO DE CONSUMO    |
| 969290        | 01/2020    | 18-DEC-19 a 20-JAN-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR         |
| 86            | 06-FEB-20  | R\$ 95,89             |

### 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 | MÊS     | TOTAL A PAGAR |
| 969290       | 01/2020 | R\$ 95,89     |

836600000001.958900750000.000000000968.929001200054



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrj.us.br/projudi/> - Identificador: PJ5B7 XHVAS B9J9F SEXTU



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: PJ5B7 XHVAS B9J9F SEXTU



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: PJ5B7 XHVAS B9J9F SEXTU





1801070606

Ortopedia Dr. joaothas

Paciente do sexo masculino, V. 60 anos de  
Idade, 2,00m de altura, 80kg de peso, Paciente refere  
perda de consciência

Eff dos + Edema Peroneo (E)

Radiografia: fratura diafrase hum (E) e fêmur (E)

H. 1) fratura diafrase hum (E)

Obs: Paciente em analgesia + imobilização + internado  
refere perda de consciência pós-trauma  
retornar ao CT para avaliação + conclusão  
T.C. exames ??

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 19514/RN

21 MAIO 2019

|                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde              |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |                                                                      |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                          |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                                                   |  |                                  |  | 2 - CNES                                                              |  |                                                                      |  |
| H.G.R.                                                                                                             |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                    |  |                                  |  | 4 - CNES                                                              |  |                                                                      |  |
| Ortopedia                                                                                                          |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                          |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                               |  |                                  |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                  |  |                                                                      |  |
| Jose Ferrari                                                                                                       |  |                                  |  | 2182                                                                  |  |                                                                      |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                 |  |                                  |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                |  | 9 - SEXO                                                             |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | 21/06/67                                                              |  | mas.                                                                 |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                                                 |  |                                  |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                              |  |                                                                      |  |
| Zelita Jo Santos Ferrari                                                                                           |  |                                  |  | Nº DO TELEFONE                                                        |  |                                                                      |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                    |  |                                  |  | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                          |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                             |  |
| R. Antonio Pinheiro Filho, 1445, Carano                                                                            |  |                                  |  | BV                                                                    |  | 15 - UF                                                              |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                                       |  | 16 - CEP                                                             |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                                       |  | RR                                                                   |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                         |  |                                  |  | JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                           |  |                                                                      |  |
| Paciente 8º de 51 anos de idade 1.1m de altura peso 80 kg e 100 kg de peso                                         |  |                                  |  | 21 MAIO 2019                                                          |  |                                                                      |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                         |  |                                  |  | Internacao                                                            |  |                                                                      |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                |  |                                  |  | Histórico + Exame físico + Radiografia                                |  |                                                                      |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                                      |  |                                  |  | 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                 |  | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                               |  |
| Fratura de fêmur (E)                                                                                               |  |                                  |  |                                                                       |  | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                        |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                          |  |                                  |  | PROCEDIMENTO SOLICITADO                                               |  |                                                                      |  |
| Internacao                                                                                                         |  |                                  |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                           |  |                                                                      |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                                       |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO       |  | 28 - DOCUMENTO                                                        |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE   |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | ( ) CNS ( ) CPF                                                       |  |                                                                      |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                   |  |                                  |  | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                              |  | 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)               |  |
| K. Jonathan                                                                                                        |  |                                  |  | 09/02/19                                                              |  | Dr. Odinei O. de Almeida<br>Médico Reumatologista<br>CRM: 1451/RN-RO |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                                     |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                          |  | 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO |  | 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                     |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                              |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                                       |  | 37 - Nº DO BILHETE                                                   |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                                         |  | 39 - CNPJ EMPRESA                |  | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                  |  | 41 - CBOR                                                            |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  |                                                                       |  |                                                                      |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                     |  |                                  |  | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                 |  |                                                                      |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                         |  |                                  |  | 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR                                               |  |                                                                      |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | 45 - DOCUMENTO                                                        |  |                                                                      |  |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                    |  |                                  |  | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR               |  |                                                                      |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | 47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                       |  |                                                                      |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | 0308010019                                                            |  |                                                                      |  |
|                                                                                                                    |  |                                  |  | TNP                                                                   |  |                                                                      |  |

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                     |                                                                        | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | HGR<br>Hospital Geral de Roraima |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                                        | DIH                                                                    |  | DN                               |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | Jose Ferrari                                                           |                                                                        |  |                                  |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | Fratura diafragma (E)                                                  |                                                                        |  |                                  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            | HAS NEGA DM2 NEGA                                                      |                                                                        |  |                                  |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | LEITO DATA 09/02/19                                                    |                                                                        |  |                                  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO HORÁRIO                                                     |                                                                        |  |                                  |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE Para Diabéticos                                       |                                                                        |  |                                  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                               |                                                                        |  |                                  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | GEFALOTINA 1G EV 6/6h                                                  |                                                                        |  |                                  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TILATIL 20mg 12/12hs                                                   |                                                                        |  |                                  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                |                                                                        |  |                                  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG SC 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA |                                                                        |  |                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                             |                                                                        |  |                                  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                               |                                                                        |  |                                  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                            |                                                                        |  |                                  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | SSVV+ CCGG 6/6 H                                                       |                                                                        |  |                                  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                      |                                                                        |  |                                  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIARIO                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | Metformina 850mg v.o 12/12hs                                           |                                                                        |  |                                  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| Ao bloco para programação cirúrgica                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 21 MAIO 2019                                                                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                 |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                |                                                                        |                                                                        |  |                                  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                | As 06:00 hs diuresis 300ml                                             |                                                                        |  |                                  |  |

Dr. Odinachi Okemir  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 18517/R

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

## RECEITUÁRIO

NOME:

Jose Ferraz

Pct de entrada no HGR  
no dia 9/2/19, vítima de  
acidente de trânsito. Diagnóstico  
de fratura dos ossos do pé  
D. Receto alto e aguarda  
prognóstico cirúrgico e de medicação.  
Atualmente não está sendo realizado  
cuidado ortopédico por falta de  
material

DATA

1/1/19

CD: 82-9

ASSINATURA E CARIMBO

13102118

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

21 MAIO 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 14/03/2019 11:36  
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/03/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Pibeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 09/02/2019 04:00

Local do Fato

Município: Cantá (RR)  
Logradouro: Vicinal 21  
Complemento: Conhecida como Pau Brasil  
Ponto de Referência: Vila São José (KM 20)  
Tipo do Local: Área Rural

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ FERRARI (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MT - Cáceres Sexo: Masculino Nasc: 21/06/1967  
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Zelita dos Santos Ferrari Nome do Pai: Getúlio Ferrari

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 65514  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 239.923.442-15

Endereço

Município: Cantá - RR  
Logradouro: Vila São José  
Complemento: Chácara  
Telefone: (95) 99121-4417 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                         |                                      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| Grupo Veículo                           | Subgrupo Motocicleta/Motoneta        |
| CPF/CNPJ do Proprietário 701.376.172-91 | Placa NAN-9997                       |
| Renavam 00227061128                     | Número do Motor E3C8E-069372         |
| Número do Chassi 9C6KE1200A0069357      | Ano/Modelo Fabricação 2010/2010      |
| Cor ROXA                                | UF Veículo Roraima                   |
| Município Veículo Boa Vista             | Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED |
| Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED          | Veículo Adulterado? Não              |
| Quantidade 1 Unidade                    | Situação Envolvido                   |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|----------------|---------------|
| José Ferrari   | Possuidor     |

Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 14/03/2019 11:36  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

21 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui CNH, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, dia e local descritos acima, quando trafegava conduzindo à motocicleta também já descrita acima e que está no nome de Rony Silva Pereira, CPF 701.376.172-91. Que colidiu em porco que estava no meio da estrada e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo até o HGR. QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o registro.

ASSINATURAS

Jefferson Inácio Araujo  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 042000908

Jefferson Inácio Araujo  
Responsável pelo Atendimento

14 MAR 2019  
AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDO

José Ferrari  
José Ferrari  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

21 MAIO 2019



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 14/03/2019 11:36  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Proevo DPVAT | Busca avançada x Seguradora Líder-DPVAT Acompanh x +

← → C seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Documentos Morte  
Dicas Indispensáveis

**PAGUE SEGURO**  
Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

**ACOMPANHE O PROCESSO**  
Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

**SINISTRO 3190335602 - Resultado de consulta por beneficiário**  
**VÍTIMA** JOSE FERRARI  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN**  
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz  
**BENEFICIÁRIO** JOSE FERRARI  
**CPF/CNPJ:** 23992344215  
  
**Posição em 26-11-2019 11:04:44**  
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.  
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX  
Valor da Indenização: R\$00.000,00  
Juros e Correção: R\$00.000,00  
Valor Total: R\$00.000,00  

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 05/11/2019        | R\$ 4.725,00         | R\$ 0,00         | R\$ 4.725,00 |

Ativar o Windows  
Acesse Configurações para

Histórico das correspondências enviadas

⊞ Digite aqui para pesquisar

