

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **SUMAIA SOBRAL MELO**, Brasileira, Solteira, autônoma, portador da cédula de identidade nº 155827 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 874.920.322-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Francisco A Silva, nº 374 3, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-298. Tel: (95) 99119-8992 E-mail: roberthamelo2607@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 28 / fevereiro / 2019.

Sumaia Sobral Melo
SUMAIA SOBRAL MELO



POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ



CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Sumaira Sobral Melo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 155827

NOME SUMAIRA SOBRAL MELO

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/07/2018

FILIAÇÃO SEBASTIÃO DE ARAÚJO MELO
ELIVINA SOBRAL MELO
NATURALIDADE BOA VISTA - RR
DOC. ORIGEM CERTID MSC 9819 FLS 182 LIV A-8
1º OF BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO 19/07/1977

874.920.322-34

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Preencheu e
Exatidão do RG
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASIFICAR

P1



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

SUMAIA SOBRAL MELO, Brasileira, Solteira, autônoma, portador da cédula de identidade nº 155827 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 874.920.322-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Francisco A Silva, nº 374 3, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-298.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 28 / fevereiro / 2019

Sumaia Sobral Melo
SUMAIA SOBRAL MELO



POLEGAR DIREITO

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

SUMAIA SOBRAL MELO, Brasileira, Solteira, autônoma, portador da cédula de identidade nº 155827 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 874.920.322-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Francisco A Silva, nº 374 3, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-298.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 28 / fevereiro / 2019.

Sumaia Sobral Melo
SUMAIA SOBRAL MELO



POLEGAR DIREITO



PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
Carta de Concessão / Memória de Cálculo do Benefício

Página 1 de 1

21/02/2019 15:55:32

Nome: SUMAIA SOBRAL MELO

Nit: 1262403766-9

Aps: 27.0.01.050 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL ALTO ALEGRE/RR

Número do Benefício: 704028359-0

Data de Concessão do Benefício: 20/02/2019

Comunicamos que lhe foi concedido **AMP. SOCIAL PESSOA PORTADORA DEFICIENCIA (87)** número **704028359-0** requerido em **18/10/2018** com renda mensal de **R\$ 954,00** com início de vigência a partir de **18/10/2018**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no 4º dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

Dados do Pagamento do Benefício

Órgão Pagador / Agência Bancária: 067.010 / BRADESCO - BOA VISTA

Endereço: AV. JAIME BRASIL, 381 - CENTRO

As aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 1902219ES93963

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, 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.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP
126.24037.66-9

NÚMERO **2630873** SÉRIE **001-0** UF **RR**

Sumaia Sobral Melo

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

NOME		SUMAIA SOBRAL MELO	
LOC. DE NASC.	BOA VISTA	RR	19/07/1977
FILIAÇÃO	SEBASTIAO DE ARAUJO MELO		
	ELVINA SOBRAL MELO		
DOC. APRESENTADO	R.G. 155827 SESP RR		
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO		
LEI Nº 9.045, DE 30 DE MAIO DE 1995.			
RG	155827	CNH	CPF
T. ELEITOR	2160472615	SEÇÃO	288
		ZONA	01
NATURALIZADO POR	M. J. N.	DATA	
LOCAL DA EMISSÃO	DRT/RR		
DATA DE EMISSÃO	07/10/2003		
		Assinatura	
		Assinatura e Carimbo do Emissor	



05 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: CNPJ 05.672.841/0001-69
SUA LTA COMERCIO E SERVIÇOS LTDA-EPP
COG/CPCB: AV Princesa Isabel nº 423 B. 116
ENDEREÇO: INSC EST 240-1397-3
MUNICÍPIO: CEP 89.309.173
ESP. DO ESTABELECIMENTO: 01.11.01-01
CARGO: Agente de Limpeza
CSO Nº: 5142-25

DATA DE ADMISSÃO: 15 DE JULHO DE 2016
REGISTRO Nº: 641
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 9.200,00 (nove mil e duzentos reais) mensais
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

DATA DE SAÍDA: 10 DE NOVEMBRO DE 2018
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

07 CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 04.046.630/0001-97
COG/CPCB: Importação e Exportação Comercial Ltda
ENDEREÇO: Rua Dom Pedro I, 253, Centro
MUNICÍPIO: CEP 89.301-100
ESP. DO ESTABELECIMENTO: 01.11.01-01
CARGO: Agente de Limpeza
CSO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 17 DE OUTUBRO DE 2017
REGISTRO Nº: 3271
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais) mensais
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

DATA DE SAÍDA: 14 DE JANEIRO DE 2018
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253
Assinado digitalmente por Marlon Tavares Dantas:60895845253

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

26 ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

26.30873

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

27

DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR
DE A
PERÍODO ASSINATURA DO EMPREGADOR

28	ANOTAÇÕES GERAIS	29	ANOTAÇÕES GERAIS
(Anotações autorizadas por lei).		(Anotações autorizadas por lei).	
O portador desta CTPS assinou Contrato de Experiência por <u>45</u> dias, passando a mesmo ser empregado ou rescindido de acordo com Art. 479 e 480 da CLT.		CONTRATO DE EXPERIÊNCIA Admitido em caráter de Experiência pelo período de <u>45</u> dias continua contrato de trabalho normal se prorrogado por mais <u>45</u> dias, observando o disposto no parágrafo único do artigo 445 da CLT. Boa Vista-RR <u>17 10 2017</u>	
Cont. sindical R\$ 30,67 FENAS con		Receberá o adicional de insalubridade de <u>20%</u> do salário mínimo.	
Aline da Silva Maia Procuradora		Marlon Tavares Dantas Proprietário	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040412/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/10/2018 09:52 Data/Hora Fim: 11/10/2018 10:06
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 25/04/2017 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: R Antares

Bairro: Santa Tereza
Nº: s/n

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUMAIA SOBRAL MELO (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 19/07/1977
Profissão: Vendedor
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Elvina Sobral Melo

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Francisco Anacleto da Silva
Bairro: Dr Silvio Leite

Nº: 374

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

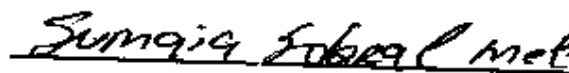
A comunicante veio a esse D.P. informar que na data acima estava parada em sua moto BIZ PRETA, na Rua Antares, Santa Tereza, quando um desconhecido colidiu em sua moto vindo causar ferimento em sua cabeça e perna.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº. 040412/2018

ASSINATURAS


José Benedito Buzerra
Responsável pelo Atendimento


Sumia Sobral Melo
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de ciência que esta(s) declaração(ões) representa(m) fatos realmente ocorridos e declaro que pretendo responder civil e criminalmente pelo presente documento que foi elaborado, conforme previsto nos Artigos 236 - Denúncia Crime e 238 - Denúncia Falsa do Código de Processo Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil Adriano Silva Severina Santos
Impresso por: José Benedito Buzerra
Data de Impressão: 11/10/2018 10:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



28/02/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Ficha de atendimento do HGR

AMARELO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N, PINTOLANDIA



700170870 25/04/2017 17:48:26

FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA

DIURNA 18 E 19

Paciente: **UMAIA SOBRAL MELO** Data Nascimento: **19/07/1977** Idade: **39 A 9 M 6 D** CNES: **898003474592714** GRF: **87492032234** Prontuário

Tipo Doc: **IDENTIDADE 155927** Documento: **SSP/RR** Data Emissão: **19/07/1977** Sexo: **F** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Raca/Cor: **PARDA** Nacionalidade: **BOA VISTA - RR**

Mãe: **ELVINA SOBRAL MELO** Pai: **SEBASTIAO DE ARAUJO MELO** Contato: **(95) 99166-4949**

Endereço: **RUA - JARDIM PRIMAVERA - 1099 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR** Daupação: **NÃO INFORMADA**

Gênero do Paciente: **AMARELO** Plano Convênio: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** N° da Carteira: **Validade** Autorização: **Sis Prontuário**

Motivo do Atendimento: **SPA - PRONTO ATENDIM** Gerador do Atendimento: **URGÊNCIA** Profissional do Atend.: **Procedência** Temp.: **Região** Pressão: **120 x 80**

Sector: **RECEPÇÃO SPA / URG / E** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Procedimento Sol.: **Registrado por: IANE ALVES**

Queixa Principal: **RELATA ACIDENTE DE MOTO HÁ 01 SEMANA QUIEXANDO CEFALÉIA + TONTURA + NÁUSEAS**

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC: **60: 1234 RV: 12345 MRV: 123456** TOTAL: **120 x 80**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - **16:23** h)

Relato espontâneo após trauma, 20 acompanhante do lado esquerdo 15/11/17

Exame Físico: *HVZ refere urticária e mancha.*

Hipótese Diagnóstica

GADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Exames complementares para diagnóstico

APRAZAMENTO **OBSERVAÇÃO**

Visto

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Resposta ☐ 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

Ingresso por: **ediorica.costa**
Data Hora: **25/04/2017 15:09:18**

CONFERE COM ORIGINAL

16/06/17

Relatório de Exame V. de Paredes
Carimbo de Exame do SAME - Exame de
16/06/17





Nome **SUMAIA SOBRAL MELO**

Cód. Pac.:61961

Data:03/10/2018 Idade:41A Procedência: **ELETIVO**

Médico Solicitante:**FELIPE QUEIROZ PORTELA**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Protocolo:

Exame realizado sem a injeção do meio de contraste.

Indicação clínica:

- TCE / Epilepsia.

Relatório:

- Acentuação de sulcos e cisternas, bem como da fissura Sylviana do lado esquerdo do hemisfério cerebral, de forma assimétrica em relação ao lado contralateral, com tênue hipoatenuação da substância branca, inespecífica.
- Ectasia dos ventrículos laterais, de forma assimétrica, o esquerdo mais acentuado.
- Tronco cerebral e hemisférios cerebrais sem alterações significativas.
- Núcleos da base preservados.
- Ausência de coleções intra ou extra-axiais.

Conclusão:

- *Acentuação de sulcos e cisternas, bem como da fissura Sylviana do lado esquerdo, de forma assimétrica em relação ao lado contralateral, com tênue hipoatenuação da substância branca, inespecífica. Conveniente correlação com estudo de Ressonância magnética, a critério clínico.*
- *Ectasia dos ventrículos laterais, de forma assimétrica, o esquerdo mais acentuado.*

* **Achados adicionais:** - Sinusopatia fronto-etmoidal à esquerda.

Dr. Leomar Hitotuzi
Médico Imagenologista
CRM-RR 1232

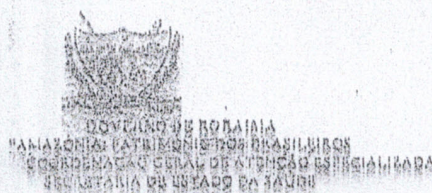
Dr. Leomar Hitotuzi

CRM1232

Dr. Juliano Medeiros, RQE: 443
Responsável Técnico

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação da mesma pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Rua José Coelho, 38 - Centro - CEP: 69.301-300 - Boa Vista - RR
Responsável Técnico: Dr. Juliano Medeiros Lima - RQE: 443/RR
Fone: 95 3198-3200 / 3198-3208 - E-mail: adm@neuroscan.com.br



Nome: Simeir Sobral Melo

LAUDO MEDICO

Paciente em atendimento neurológico
regista desde sempre de distonia
crônica, mais do que transtorno
crônico insidioso. No momento
em estado físico de saúde,
em estado mental com nível de
distonia.

Ass, 07.11.18

13.02.19

[Assinatura]
Dr. Edmar Pereira
Neurologista
CRM-RJ 123456789

CLÍNICA ESPECIALIZADA CONDOMÍNIO MOTA
Rua General Pinheiro 626 - São Carlos - RJ
CNPJ 09.991.158 - CEP 21.073-190



SINISTRO 3190091092 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SUMAIA SOBRAL MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO SUMAIA SOBRAL MELO

GPF/CNPJ: 87492032234

Posição em 22-02-2019 10:14:47

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	

