



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Priscilla Luigina C Mendonça PROFISSÃO: Aux. administrativo  
ESTADO CIVIL: Solteira, FONE: \_\_\_\_\_,  
E-MAIL: Priscillacastilho29@hotmail.com RG: 213.823  
SSP- RR e CPF: 736.969.002-49, RESIDENTE À  
RUA: Capella N° 1160,  
BAIRRO: Cidade Satélite pelo presente instrumento procuratório,  
nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 21 de fevereiro de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR

Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617

E-mail: [adv.abhner@hotmail.com](mailto:adv.abhner@hotmail.com) Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Priscilla Puigina Castilho Mendonça  
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Auxiliar administrativo  
RG N° 213.823 SSP/ RR CPF: 736.969.002-49  
ENDEREÇO: Rua: Capela, 1160, Cidade satélite

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

Boa Vista/RR, 21 de Setembro de 2019.

  
x \_\_\_\_\_



24 JAN. 2019





JULHO/2018 01/08/2018 210 103,47

SILMA REGINA CASTILHO DE OLIVEIRA  
R. CAPELLA 1160 BL B10 AP 204 CIDADE SATELITE  
RESIDENCIAL CRUVIANA  
CEP: 69.317-492 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.27.024700

DADOS GERAIS	VALORES	DATA DA LEITURA
Atual	2998	12/07/2018
Anterior	2788	12/06/2018
Consumo	1,000	14/08/2018
Consumo M4	210	11/07/2018
Consumo M4	210	12/07/2018

NORMAL

30

RESID.BX.RENDA BI TDB16118970 1420002 1.4.1.2 162

CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR
JUN/18	290	30 A R\$ 0,196018 =	5,88
MAI/18	221	70 A R\$ 0,336033 =	23,32
ABR/18	180	110 A R\$ 0,504055 =	55,44
MAR/18	179	SUBVENCAO BAIXA RENDA -	34,45
FEV/18	174	ILUMINACAO PUBLICA	18,63
JAN/18	167		
DEZ/17	182		
NOV/17	166		
OUT/17	155		
SET/17	154		
THIPIA SEM TRIS FUS			
3 A 50 - 0,157618			
3 A 100 - 0,315236			
101 A 210 - 0,492854			

Mes/Ano Valor R\$  
06/2018 149,47

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/07/2018, em função das contas não pagas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informações e insuportabilidade pendente de pagamento. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P  
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RELEVANCIA FISCO F01E.9400.F035.0F57.1116.7B5F.6237.F751

COMPOSIÇÃO	VALOR	VALOR	VALOR
Distribuição	25,60	Base de Cálculo	84,84
Energia	40,93	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	14,42
Encargos	1,70	Valor do PIS	0,38
Tributos	16,61	Valor do COFINS	1,81

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82  
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

05/2018

34,88

ROT: 32.001.24.27.024700



Eletrobras

UNIDADE CONSUMIDORA

SEU CODIGO  
0113184-2

TOTAL A PAGAR - R\$  
103,47

07/2018

01/08/2018

001076541 FCAM

83680000001 7 03470075000 2 00000000113 1 18420718008 6



SFO - 00241 UC: 0113184-2 DT.LEIT.: 12/07/2018 T.ENTR.: 05

24 JAN. 2019



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

NOME:	Priscilla Luigina Castilho Mendonça
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Contadora
IDENTIDADE:	213823
ENDEREÇO:	Rua: Capello, Residencial Curitiba, Cidade Satélite

### OUTORGADO

NOME:	Ilain Luciene de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807.55P-RR
ENDEREÇO:	R. Antônio P. Galvão 1872

24 JAN. 2019

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..

Rua Vista de Nova S...

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**DANIEL AQUINO**  
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - Tabelião Registrador  
Av. Ataulfo de Almeida, 450 - Boa Vista - Boa Vista/RR  
Fone: (085) 217-4190  
E-mail: daniel.aquino@cartorio2ooficio.com.br

63034-501572261066  
Reconhecido por VERDADEIRA e(s) firma(s)  
PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONÇA  
Em testemunho da verdade de LFE  
do que deu fé, Boa Vista RR, 21 de novembro de 2018.  
Consulte esta assinatura em: [portal.eletronico.com.br](http://portal.eletronico.com.br)  
REG.F.1662960DA9UCJ6H20ZK77

Emolumentos: R\$ 7,39 Fundos JGS: R\$ 0,60 Total: R\$ 7,99

63.038

Ilain Luciene de Souza





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 041846/2018-A02

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA RONDÔNIA  
Bairro: DOS ESTADOS  
Telefone: (95) 98801-5090 (Celular)

Nº: 759

Nome Civil: PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONÇA (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteiro(a)

Sexo: Feminino

Idade: 35

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 213823  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 736.969.002-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ANA NERI  
Bairro: CANARINHO

Nº: 108

Nome Civil: FRANCIERLE VENTURA ALEXANDRE (REPRESENTANTE LEGAL)

Nacionalidade: Brasileira  
Profissão: Mecânico  
Estado Civil: Casado(a)

Sexo: Feminino

Idade: 30

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3723873  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 073.472.614-73

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA RONDÔNIA  
Bairro: DOS ESTADOS

Nº: 759

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo  
CPF/CNPJ do Proprietário 790.406.912-15  
Renavam 00941108244  
Número do Chassi 9BWKA05Z984082947  
Cor PRETA  
Município Veículo Boa Vista  
Modelo VW/FOX 1.0  
Quantidade 1 Unidade  
Última Atualização Denatran 08/05/2008

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon  
Placa NAV1400  
Número do Motor BNX164756  
Ano/Modelo Fabricação 2008/2007  
UF Veículo Roraima  
Marca/Modelo VW/FOX 1.0  
Veículo Adulterado? Não  
Situação Envolvido  
Situação do Veículo ARRENDAMENTO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Priscilla Luigina Castilho Mendonça

Proprietário, Possuidor

Grupo Veículo  
Placa NAP2225  
Ano/Modelo Fabricação 2014/2013

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon  
Número do Chassi \*\*\*\*\*53282  
Cor Vermelha



Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gomes  
Impresso por: Erico Wallace Beza Rocha  
Data de Impressão: 11/01/2019 12:35  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPo - Procedimentos Policiais Eletrônicos

24 JAN. 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 041846/2018-A02

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 11/01/2019 12:32 Data/Hora Fim: 11/01/2019 12:35  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809801 Data: 23/10/2018  
Delegado de Polícia: Rodrigo de Oliveira Gomes

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: 1º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 23/10/2018 19:20

**Local do Fato**

Bairro: São Francisco

Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: RUA ALFERES PAULO SALDANHA COM RUA RONDÔNIA  
Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1475: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão com objeto móvel	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: FERNANDO CORDEIRO LEDO - P M (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino  
Profissão: Policial Militar  
Nome da Mãe: Sem Informação

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: PMRR - CIPTUR

**Nome Civil: RAINIER RANDY CASTILHO DE MENDONÇA (REPRESENTANTE LEGAL)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Idade:  
Estado Civil: União Estável

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 213821  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 888.853.642-88

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR Nº: 97  
Logradouro: RUA SOCRATES PEIXOTO  
Bairro: JARDIM FLORESTA  
Telefone: (95) 99162-3810 (Celular)

**Nome Civil: PAULA FRANGINETE VENTURA ALEXANDRE (ENVOLVIDO)**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade:  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Casado(a)

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 2946215  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 045.128.404-60

Delegado de Polícia Civil: Rodrigo de Oliveira Gomes  
Impresso por: Erica Wallace Bessa Rocha  
Data de Impressão: 11/01/2019 12:35  
Protocolo nº: Não disponível



24 JAN. 2019





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 041846/2018-A02

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo FORD/ECOSPORT FSL 1.6

Modelo FORD/ECOSPORT FSL 1.6

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Paula Francinete Ventura Alexandre	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

SENHOR DELEGADO (A), O ROP/PM Nº 809801 SÉRIE "I", INFORMA QUE FORAM ACIONADOS VIA CIOPs PARA AVERIGUAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, AO CHEGAR NO LOCAL FORAM INFORMADOS PELOS RESPONSÁVEIS PELOS VEÍCULOS SR. FRANCIERLE E SR. RAINER, QUE INFORMARAM QUE O ITEM 01, SRA. PAULA FRANCINETE TRANSITAVA NA RUA ALFERES PAULO SALDANHA, SENTIDO AV. SANTOS DUMONT, CONDUZINDO O VEÍCULO V1, FORD ECOSPORTE, QUANDO CHEGOU NO ENDEREÇO CITADO VEIO A COLIDIR COM O VEÍCULO V2, VW/FOX, DE PROPRIEDADE DE OSWALDO BOTINELLY NETO E CONDUZIDO PELO ITEM 02, SRA. PRISCILLA LUIGINA, QUE SEGUIA NA RUA SOUZA JUNIOR, SENTIDO À RUA ANTONIO A. MARTINS. NO LOCAL HAVIA SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL DE "PARE". O SAMU FOI ACIONADO POR POPULARES E LEVOU OS ITEM 01 E 02 PARA O PSE/HGR COM ESCORIAÇÕES APARENTEMENTE LEVES. NA CHEGADA DA GUARNIÇÃO OS ITEM 01 E 02 JÁ HAVIAM SIDO REMOVIDOS AO PSE. NÃO HOUE ACIONAMENTO DA PERÍCIA. OS VEÍCULOS FORAM ENTREGUES AO SR. FRANCERLE IRMÃO DA CONDUTORA SRA. PAULA FRANCINETE E AO SR. RAINIER IRMÃO DA SRA. PRISCILLA LUIGINA. ESSE É O RELATO.

**ASSINATURAS**

Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

"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 a origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

24 JAN. 2019







SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>BLOCO 1</b>	
				LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				2 - CNES	
				4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
PRISCILLA LUCIANA CASTILHO DE MENDONÇA				368582	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				01/08/1988	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO	
Selma Regina Castilho de Oliveira				Feminino	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO	
				N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
ACIDENTE AUTO X AUTO, PROJETADO DO VEÍCULO COM FEE					
RECUSO OCCIPITAL DIRETO					
GLASGOW 15, PIRIS				SEM DEFICIT NEUROLÓGICOS	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Ativo					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESUM. TADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
CRANIO: CONTUSÃO TEMPORAL POSTERIOR DIREITA					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL	
CONTUSÃO CEREBRAL - AVI TCE				506.9	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
TRATAMENTO CONSERVADOR CONTUSÃO CEREBRAL					
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
NCR				crônico	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				28 - DOCUMENTO	
DR FABRÍCIO				1 X CNS	
				29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
				23/10/18	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				Dr. Fabrício F. de Almeida	
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				36 - CNPJ DA SEGURADORA	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				37 - N° DO BÍBLIO	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				40 - CNAE DA EMPRESA	
( ) PRECADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO				41 - CBOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO				49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL	
( ) CNS ( ) CPF				0303040092	
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				5068	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				V499	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					

24 JAN. 2019



116-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

23/out/2018

DN

01/ago/1983

PACIENTE

PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONÇA

DIAGNÓSTICO

TCE LEVE + CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

ALERGIAS

N.D.N

IDADE

35 anos

LEITO

GT

DATA

24/out/2018

ITEM

1

DIETA LEVE

2

SF0.9% 1000ML EV 12/12 H

3

FENITOINA 100MG + SF0.9% 100ML EV 8/8 H

4

DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H

5

TILATIL 20MG EV 12/12 H

6

Tramadol 50mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA

7

NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H

8

RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

9

TRAMADOL 50MG VO 1 COMP 6/6 H NA FALTA DO ITEM 6

10

PARACETAMOL 40 GOTAS VO 6/6 H INTERCALADO COM DIPIRONA

11

CABECEIRA ELEVADA 45°

12

PA/P/T 6/6 H

13

CG

14

CG

15

CG

16

CG

17

CG

18

CG

19

CG

20

CG

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR  
(SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI;  
301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR TC DE CRANIO: CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

	PA	FC	FR	TEMP	SPO2	diurese	
8 H 8h	96x62	90	27	—	100%	diurese	
12 H	100x60	75		38,9		+	
18 H	96x62	77		36,2			
24 H 0	110x56	107	22	35,6	100%		
11:32	110x56	107		35,2			
06:41 PA	100x60	70					

Regulado para leito  
BLA/116-1 11:10  
Regulação Interna

31:45 24/10/2018 - pct chegou ao bloco, orientada verbalizando, todas as medicações por checada e segue aos cuidados.

Maria de Fátima R. Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 437581 TF

Paciente higienizada,  
Trocado fralda e lençol.

Maria D. Per  
Técnicas em Enfermagem  
COREN-RR 507 818


24 JAN. 2019



<http://10.102.5.252:8888/IS4/is4//12EF6B7F-CDA4-4591-9F97-4CA93DCF66DB.html>



24 JAN. 2019

12:00h. Ferido SSUV, adm. Itens 9 e 10. Itens 2, 4, 5, não adm. pte sem acesso. a mesma recusa a realização de acesso. médico cliente e enfermeira. 



116-1



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



DATA DE ADMISSÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE 23/out/2018 DN 01/ago/1983  
DIAGNÓSTICO PRISCILLA LUIGINA CASTILHO DE MENDONÇA  
ALERGIAS N.D.N. TCE LEVE + CONTUSAO TEMPORAL DIREITA  
IDADE 35 anos

LEITO GT DATA

27/out/2018

HORÁRIO

1 DIETA LEVE

2 SF0,9% 1000ML EV 12/12 H

3 FENITOINA 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8 H

4 DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H

5 TILATIL 20MG EV 12/12 H

6 Tramadol 50mg + SF 0,9% 100ml EV 6/6 H CORRER EM 1 HORA

7 NAUSEDRON 8MG EV 8/8 H

8 RANITIDINA 50MG EV 8/8 H

9 TRAMADOL 50MG VO 1 COMP 6/6 H NA FALTA DO ITEM 6

10 PARACETAMOL 40 GOTAS VO 6/6 H INTERCALADO COM DIPIRONA

11 CABECEIRA ELEVADA 45°

12 PA/P/T 6/6 H

13 CG

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR  
(SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI;  
301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70  
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

Handwritten notes and signatures in the right margin, including a large signature at the bottom right.


24 JAN. 2019

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE EM GLASGOW 15, PIFR . TC DE CRANIO: CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	110x68	87		
12 H	98x66	76	16	35,2
18 H	97x65	87		35,3
24 H	113x70	91	28	36,6

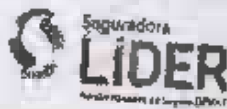


 <h1 style="text-align: center;">PEDIDO DO SEGURO DPVAT</h1>	
<p>Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)                             </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE                             </div> <div> <input type="checkbox"/> MORTE                             </div> </div>	
<p>NR do sinistro ou ASL:</p>	<p>CPF da vítima: 736.969.002-49</p> <p>Nome completo da vítima: Priscilla Luigina Castilho Mendonça</p>
<p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</p>	
<p>Nome completo: Priscilla Luigina Castilho Mendonça</p> <p>Profissão: Contadora</p> <p>Endereço: Rua Capela</p> <p>Cidade: Cidades Satélite</p> <p>Estado: RR</p> <p>E-mail: llozrrr@hormar.com</p>	<p>CPF: 736.969.002-49</p> <p>Número: 1160-BR-BIO/RP</p> <p>Complemento: 2024</p> <p>CPF: 69.317-492</p> <p>Tel (DDD): (93) 30154-4282</p>
<p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p>	
<p><b>DADOS CADASTRAIS</b></p> <p>RENTA MENSAL:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR  <input type="checkbox"/> SEM RENDA                             </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00                             </div> <div> <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00                             </div> <div> <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00                             </div> </div>	
<p><b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  <input type="checkbox"/> Bradesco (237)  <input type="checkbox"/> Itaú (341)  <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)                             </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente para bancos)                              Nome do BANCO: Brasil                         </div> </div>	
<p>AGÊNCIA: <input type="text"/></p> <p>(Informar o dígito se existir)</p>	<p>AGÊNCIA: 812133 CONTA: 17694</p> <p>(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)</p>
<p>Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.</p>	
<p><b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b></p> <p>Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou                             </div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                             </div> <div> <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.                             </div> </div> <p>Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às expensas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, VII, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.</p>	
<p><b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b></p> <p>Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo</p> <p>Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vítima deixou filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.</p>	
<p>Local e Nome: Priscilla Luigina C. Mendonça</p> <p>CPF: 736.969.002-49</p> <p>(*) Assinatura de quem assina A ROL</p> <p>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p>	<p><b>TESTEMUNHAS</b></p> <p>1ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p> <p>2ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura: _____</p>
<p>Assinatura do Representante Legal (se houver)</p>	<p>Assinatura do Procurador (se houver)</p>

24 JAN. 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comunicando-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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/BIBLIOTECABEBIDOCORIGINAL.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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada, aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar e aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gláucia Inácia de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 383.081.512/04  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediária (a) do Beneficiário Miscilla Inácia de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 336.969.002/49 do sinistro de DPVAT cobertura Integral da vítima Miscilla Inácia de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ conforme determinação da Circular Susep 445/12;  
☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

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

Endereço		Número	Complemento
Rua: Antônio P. Galvão		1832	
Cidade	Estado	CEP	
Boa Vista	RR	69.000-209	
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
THOIRRR@hot mail.com			(95)99154-7289

Boa Vista - RR, 27 de 01 de 2019

Local e Data

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190062725

Vítima: PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONCA

Data do Acidente: 23/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PRISCILLA LUIGINA CASTILHO MENDONCA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13872274



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

**ANEXO 1****TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE**

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



DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=10.125%2C...>



## Cálculo de Atualização Monetária

### Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 10.125,00
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	23/10/2018 a 1/3/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	23/10/2018 a 12/3/2019

### Dados calculados

Fator de correção do período	129 dias	1,008401
Percentual correspondente	129 dias	0,840075 %
Valor corrigido para 1/3/2019	(=)	R\$ 10.210,06
Juros(140 dias-4,75299%)	(+)	R\$ 485,28
Sub Total	(=)	R\$ 10.695,34
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 10.695,34</b>

### Memória analítica do cálculo

Valor inicial	10.125,00
Data inicial	23/10/2018
Data final	1/3/2019
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
23/10/2018	1/11/2018	0,1680 (%)	10.142,01
1/11/2018	1/12/2018	0,1900 (%)	10.161,28
1/12/2018	1/1/2019	-0,1600 (%)	10.145,03
1/1/2019	1/2/2019	0,3000 (%)	10.175,46
1/2/2019	1/3/2019	0,3400 (%)	10.210,06

### Acréscimos de juro, multa e honorários

Juros(140 dias-4,75299%)	(+)	R\$ 485,28
Sub Total	(=)	R\$ 10.695,34
<b>Valor total</b>	<b>(=)</b>	<b>R\$ 10.695,34</b>

Retornar   Imprimir