

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. CELIJANE ALVES SILVA, Brasileira, divorciada, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 3788792 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 029.333.211-81, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Leão , nº S/N BI E-1 AP 204, condomínio Residencial Uaila Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-518. Tel: (95) 99141-5431/99137-1796 E-mail: celijane.alves@outlook.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.

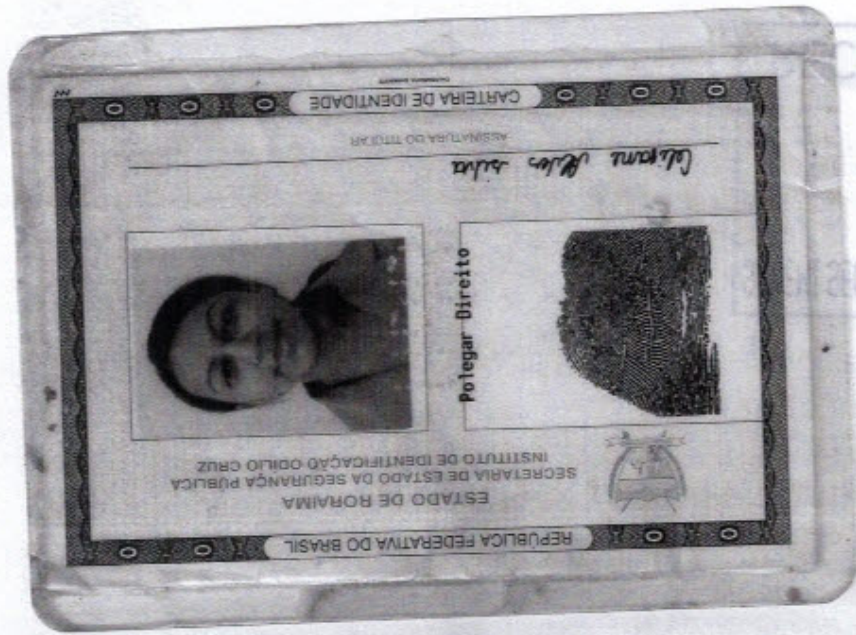
Boa Vista/RR, 26 de October de 2018.

Celijane Alves Silva

CELIJANE ALVES SILVA

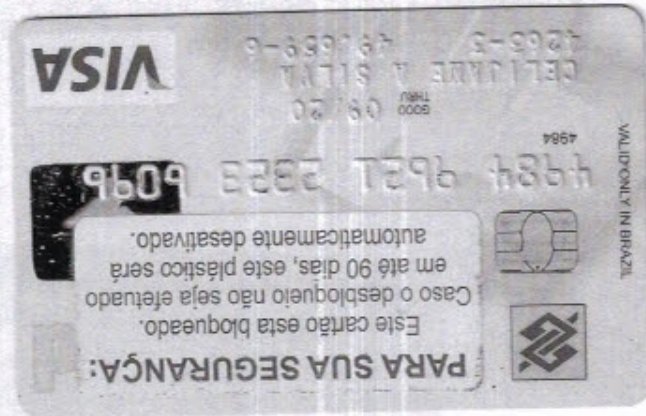
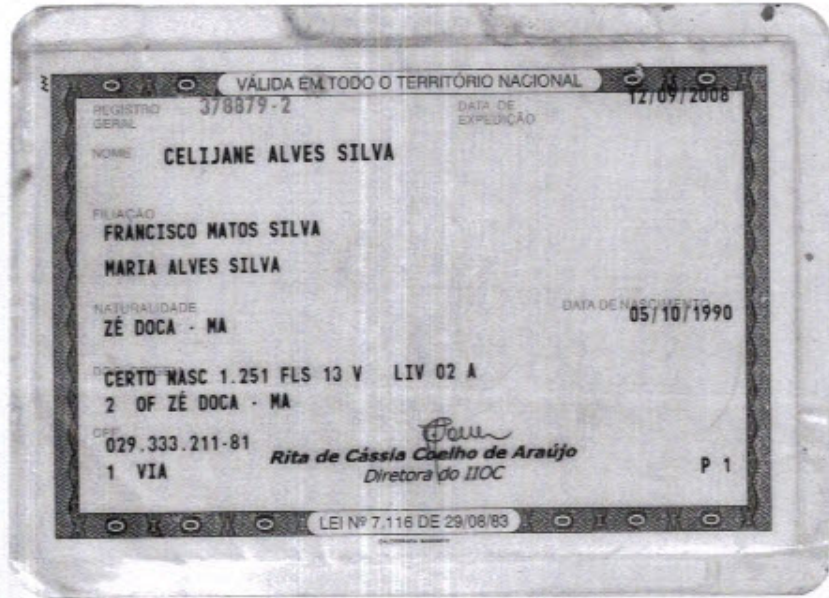


POLEGAR DIREITO



RECEBIDO
15/05/2019
SECRETARIA DE JUSTICA





SABEMI SEGURADORA S/A

27 ABL. 2018

RECEBIDO



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

CELIJANE ALVES SILVA, Brasileira, divorciada, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 3788792 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 029.333.211-81, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Leão , nº S/N Bl E-1 AP 204, condomínio Residencial Uaila Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-518. Tel: (95) 99141-5431/99137-1796.


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, 26 de outubro de 2018.

Celijane Alves Silva

CELIJANE ALVES SILVA





Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0123993-7

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal: 001614395
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ RR/18
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002.

CONTAS/MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	01/11/2018	135	95,78

CELIJANE ALVES SILVA
 R. LEAO S/N BL E-1 AP 204 CIDADE SATELITE
 CONJ. RESIDENCIAL UAILA
 CEP: 69.317-518 - BOA VISTA
 ROT: 32.001.24.27.067500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	3405	Atual:	13/10/2018
Anterior:	3270	Anterior:	12/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/11/2018
Consumo Medido:	135	Emissão:	11/10/2018
Consumo Faturado:	135	Apresentação:	13/10/2018
	FCAM		
NORMAL		31	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB015120	1420752	1.1.1.2	130

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	125	CONSUMO	135 A R\$ 0,569048 = 76,82
AGO/18	145	ILUMINACAO PUBLICA	18,96
JUL/18	134		
JUN/18	140		
MAI/18	126		
ABR/18	148		
MAR/18	120		
FEV/18	122		
JAN/18	125		
DEZ/17	128		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 135 - 0,456770			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO


Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na CADIN. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavizadas no valor de R\$ 308,27 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBY) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVAÇÃO FISCO EA42.20B3.9C05.1A09.A6D1.3B2E.D3EC.A28A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	23,14	Base de Cálculo:	76,82
Energia:	37,00	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	13,05
Encargos:	1,54	Valor do PIS:	0,37
Tributos:	15,14	Valor do COFINS:	1,72

INDICADORES DE CONTRIBUIÇÃO							
	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
	2,61			10,00			1,12
FLORESTA			08/2018			32,28	
ROT: 32.001.24.27.067500							



Eletrobras
Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR Nº da Nota Fiscal: 001614395 FCAM
 CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

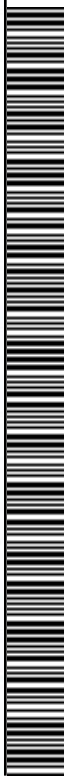
SEU CÓDIGO 0123993-7	TOTAL A PAGAR - R\$ 95,78
MÊS FATURADO 10/2018	VENCIMENTO 01/11/2018

836200000000 5 95780075000 3 00000000123 0 99371018008 0



SEQ.: 00222 UC: 0123993-7 DT.LEIT.: 13/10/2018 T.ENTR.: 03
 LEITURA: 3405 NORMAL TOTAL: 95,78 CARGA: 021
 DT.VENC.: 01/11/2018 IRREG.: 000 COLETCR: 1071

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: PJJ3F M63TQ GCYNH KEXGY



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

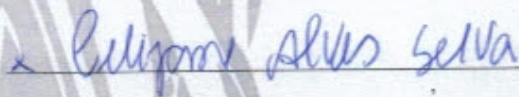
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CELJANE ALVES SILVA, Brasileira, divorciada, Autônoma, portador da cédula de identidade nº 3788792 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 029.333.211-81, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Leão , nº S/N BI E-1 AP 204, condomínio Residencial Uaila Bairro: Cidade Satélite, CEP: 69.317-518. Tel: (95) 99141-5431/99137-1796 .

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, 26 de outubro de 2018.



CELJANE ALVES SILVA



POLEGAR DIREITO



ADVOCACIA

CONSULTORIA & ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE TRABALHADOR AUTÔNOMO

EU, Celijane Alves Silva, CPF nº 029.333.211-81

Residente e domiciliado à rua Luão, S/NBL E-1 AP 204, nº _____, bairro

Cond. Rsr. Waile Cidade ^{satélite}, na cidade de Boa Vista, estado de Roraima, declaro que sou trabalhador (a) autônomo (a), desenvolvendo atividade de

Serviços Gerais recebendo uma renda mensal em média de R\$ 959,00, não podendo ser demonstrada em contracheque ou em extrato bancário por receber de forma avulsa, e de acordo com o serviço prestado.

Ratifico serem verdadeiras as informações acima prestadas.

Boa Vista-RR, 28 de Dezembro de 2018.

x Celijane Alves Silva
CELIJANE ALVES SILVA



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.033 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3432 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

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

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

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

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

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

PIS/1665 30-99 66-0

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP: **126-59269-66-8**

Nº INSCRIÇÃO: **0480463** Nº REGISTRO: **003-0** LET: **RR**

Celiane Alves Silva




QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

CELLIANE ALVES SILVA

FILIAÇÃO: FRANCISCO MATOS SILVA

MARIA ALVES SILVA

MASCULINO: 05/10/1980

SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

MATRILIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: R.G. 3768792 SE-SP RR 420092008

LEI Nº 8.948, DE 16 DE MAIO DE 1995

CNPJ: 029.333.211-01

TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/10/2008

ZONA:

ASSINATURA DO EMPREGADOR

PIS/1665 30-99 66-0

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____

DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

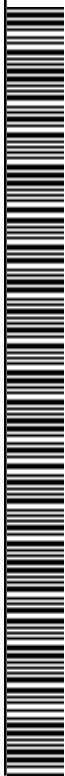
MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A

A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERIDADE G - DATA DE NASCIMENTO

B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



CONTRATO DE TRABALHO
Inscrição no CGF

EMPREGADOR: 24.01.1391-0
M. do Espírito Santo Braga
Rua Pastor Fernando Granjeiro, 1193 - Caminho
CNPJ: 02.043.066/0001-94
CEP: 69.312-020
MUNICÍPIO: Boa Vista - RR UF: RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO: []
CARGO: Aux. Serv. Administr. []
CBO Nº: 411005

DATA DE ADMISSÃO: 20 DE dezembro DE 2018
REGISTRO Nº: 1109 FLS. / FICHA: FLS.
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 605,65 (Seiscentos e cinco reais e sessenta e cinco centavos)

DATA DE SAÍDA: 18 DE 06 DE 2019
Recursos Humanos

COM. DISPENSA CD Nº: []
FGTS Nº DA CONTA: []

08

CONTRATO DE TRABALHO
Inscrição no CGF

EMPREGADOR: 01.186.952/0001-04
CHAGAS E PADILHA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
R. Dr. José Celestino da Luz Neto, 21 DE MARÇO
CEP: 51.305-294
MUNICÍPIO: BOA VISTA - RR UF: RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO: []
CARGO: AUX. SERV. GERAL []
CBO Nº: 514205

DATA DE ADMISSÃO: 22 DE fevereiro DE 2018
REGISTRO Nº: 0030 FLS. / FICHA: 0030
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 628,00 (Seiscentos e vinte e oito reais e 00 centavos)

DATA DE SAÍDA: 16 DE maio DE 2018
CHAGAS E PADILHA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
José Celestino da Luz Neto
CHEFE DE RR

COM. DISPENSA CD Nº: []
FGTS Nº DA CONTA: []

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: []
CCC/CPF/CEI: []
ENDEREÇO: []
MUNICÍPIO: [] UF: []
ESP. DO ESTABELECIMENTO: []
CARGO: []
CBO Nº: []

DATA DE ADMISSÃO: [] DE [] DE []
REGISTRO Nº: [] FLS. / FICHA: []
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: []

DATA DE SAÍDA: [] DE [] DE []

COM. DISPENSA CD Nº: []
FGTS Nº DA CONTA: []

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: []
CCC/CPF/CEI: []
ENDEREÇO: []
MUNICÍPIO: [] UF: []
ESP. DO ESTABELECIMENTO: []
CARGO: []
CBO Nº: []

DATA DE ADMISSÃO: [] DE [] DE []
REGISTRO Nº: [] FLS. / FICHA: []
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: []

DATA DE SAÍDA: [] DE [] DE []

COM. DISPENSA CD Nº: []
FGTS Nº DA CONTA: []

11



REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

04

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

REGISTRADO EM .. / .. / .. SOB. N° LIVRO N°

FLS. PROC. N°

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL .. DATA .. ASSINATURA E CÓDIGO DO SERVIDOR ..

05

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜINEO FATOR RH DIABETE SIM NÃO HEMOFILIA SIM NÃO

ALERGIAS SIM NÃO

DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 679, de 12 de julho de 1993) SIM NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

NÚMERO SÉRIE UF DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR

06

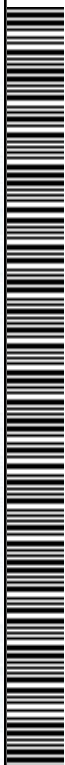
CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR **P.S. Century Com.**
R. **APAR. ELETRÔNICOS LTDA**
C/C/C/F/CEI **07.284.274/0001-80**
ENDEREÇO **Av. GAL. ATAÍDE - IENÊ Nº 5545 - CAMBANA**
MUNICÍPIO **BOA VISTA** UF **RR**
ESP. DO ESTABELECIMENTO **COMÉRCIO VAREJISTA**
CARGO **AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
CBO-N°

DATA DE ADMISSÃO **01** DE **NOVEMBRO** DE **2008**
REGISTRO N° **18** FLS. / FICH **LIVRO 01**
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 431,34 - por mês.**
P.S. Century Comércio de Aparelhos Eletrônicos Ltda.
Poliana Demétrio Costa
Sócia Administradora

DATA DE SAÍDA **130** DE **MAIO** DE **2010**
P.S. Century Comércio de Aparelhos Eletrônicos Ltda.
Poliana Demétrio Costa
Sócia Administradora
COM. DISPENSA CD N° **35432**
FGTS N° DA CONTA

07





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007764/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/07/2018 10:47 Data/Hora Fim: 13/07/2018 11:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 013717 J Data: 19/02/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 19/02/2018 07:40

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Avenida Psicultura
Complemento: Com Rua Acari

Bairro: Santa Tereza

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARCELA NASCIMENTO MOUSINHO (ENVOLVIDO (AUSENTE))
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Idade: 25
Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA LIRO DO CAMPO
Bairro: SANTA TEREZA

Nº: 113

Nome Civil: CELIJANE ALVES SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Zé Doca Sexo: Feminino Nasc: 02/10/1990
Profissão: Secretária Escolaridade: Ensino Superior Completo
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Maria Alves Silva Nome do Pai: Francisco Matos Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 378879-2
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.333.211-81

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA LEAO
Complemento: Condomínio Uailã / Bloco E 01 Apart. 204
Bairro: CIDADE SATELITE
Telefone: (95) 99128-4013 (Celular)

Nº: 204



Razão Social: POLICIA MILITAR RR (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007764.2018-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito envolvendo a Sra. Celijane Alves Silva que Pilotava a Motocicleta HONDA/NXR160 BROS ESDD, DE PLACA NAU-6835, RENAVAM 01048687381, CHASSI 9C2KD0810FR447049, DE PROPRIEDADE SO SENHOR JOSÉ CARLOS VIEIRA PEREIRA, CPF 879 599 502-10, e a Sra. Marcela Nascimento Mousinho que Pilotava a Motocicleta PLACA NUI-7342. Que devido ao acidente ambos os condutores: Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

QUE A SENHORA CELIJANE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, APENAS VISA O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

DAT
5^a JUL. 2018
Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Celijane Alves Silva
Celijane Alves Silva
(Vítima / Comuni. ante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(s) responsável(is) por todos os fatos apresentados a cliente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denuniação Caluniosa e 342 - Falsidade Ideológica e 304, II - Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

RECEBIDO
5 JUL 2018
SABEMI SEGURADORA S/A



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007764/2018-A01

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP PM comunica um acidente de transito envolvendo a Sra. Celijane Alves Silva que Pilotava a Motocicleta HONDA/NXR160 BROS ESDD, DE PLACA NAU-6835, RENAVAM 01048687381, CHASSI 9C2KD0810FR447049, DE PROPRIEDADE SO SENHOR JOSÉ CARLOS VIEIRA PEREIRA, CPF 879.599 502-10, e a Sra. Marcela Nascimento Mousinho que Pilotava a Motocicleta PLACA NUI-7342. Que devido ao acidente ambos os condutores Sofreram lesão corporal e foram socorridos ao hospital pelo Samu. Era o relato.

QUE A SENHORA CELIJANE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE, APENAS VISA O SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

DAT
5* JUL. 2018
Jefferson Inacio Araujo
Responsável pelo Atendimento
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDO

Celijane Alves Silva
Celijane Alves Silva
(Vítima / Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelo presente documento e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos artigos 339-Denunciação Caluniosa e 342-Carimbo Falso, Crime de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

SABEMI SEGURADORA S/A
27 ALC. 2018
RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 00774018-01
OBJETO: ENVOLVIDO (S)
NOME: [illegible]
DATA: [illegible]
LOCAL: [illegible]
[illegible text]

RECEBIDO
5 3 ABR 2018
SABEMI SEGURADORA S/A



FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade: **Bravo III** Equipe: **Téc. Jsimôn. Cond. Luana**
 Paciente: **Celi Jane Alves Silva** Idade: **27** Sexo: **F**
 Endereço: **Rua. Psicultura (via Publica) Bairro: Psicultura**

Nº **2876** DATA **19/02/2018** HORA **07:35** **2/10 7 41**
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: **Dr. Cladio**

MOTIVO SOCORRO TRANSPORTE ATENDIDO NO LOCAL OUTRO

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL Cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada Air Bag: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Motorista: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro Passageiro: <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão	MOTO: Bross Vermelha <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona Capacete <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO 1 BICICLETA: <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro:	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros:
---	---	--	---

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Bradpneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Apnéia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Livre	Ventilação <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> Maciez <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	Circulação <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2° <input type="checkbox"/> Ausente	Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Otorrria <input type="checkbox"/> Otorragia <input type="checkbox"/> Rinorragia <input type="checkbox"/> Aparentemente alcoolizado <input checked="" type="checkbox"/> ONV
--	--	--	--

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 07:45	120/80	84	20	100%				
Fim								

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quen'n <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianótica	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular	Pescoço <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax Instável <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Tamponamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
Peixe <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor	Membros <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Luxações		<input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PREGRESSA

<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Braquicardia <input type="checkbox"/> Filiter	<input type="checkbox"/> Fibrilação atrie <input type="checkbox"/> Fibrilação entricular <input type="checkbox"/> Assístolia	<input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infecciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica <input type="checkbox"/> Outra	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medicação de uso	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Outros
GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ DETERMINADA	<input type="checkbox"/> OUTRO		

SABEMI SEGURADORA

27 AGO. 2018

RECEBIDO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Marcio Freire Brito
 Cirurgião Geral
 CRM/RR 1613 RBE 615

MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 27 04 18

Stephanie

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA

Iniciada as: Término as:

RCP com sucesso RCP sem sucesso
 Obs.:

429

CHAMADA

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)

BRASILIANA

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: PJ5AF CF6VB RVEQ2 YKNUK

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local	<input checked="" type="checkbox"/> Cosme e Silva
	<input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR	
	<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento	<input type="checkbox"/> Maternidade
	<input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Outros

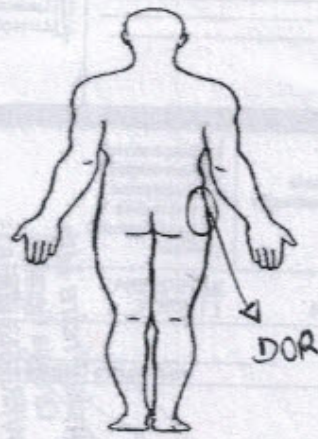
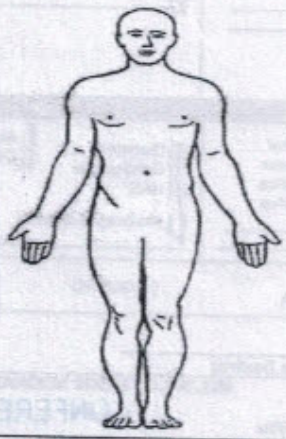
ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS A	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

PACIENTE VITIMA de TRAUMA, MOTO X MOTO, com DUTORA MOTO (2), ENCONTRADA ACIDENTADA EM VIA PUBLICA, SEM CAPACETE, LOTE, REFERE DOR EM REGIÃO PELVICA AO LADO DIREITO, AUSÊNCIA de CRESTOSAS, POUCA MOVIMENTAÇÃO NO MEMBRO, SSVU ESTAVEIS, ENCAMINHADO AO GT C.O. R.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	01 - 09	1		
Melhor Resposta Verbal	Orientado	Balbuçia	5	Pressão Sistólica (mmHg)	0	0	
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	01 - 49	1		
Melhor Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	0	0	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4		11 a 13	4	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			

Simões
LINDOMAR SIMÕES
Téc. em Enfermagem
CORENRR 799.600 TE

15



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 27/05/19
Rafael

IG p/ semana: _____ Perda de líquido: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	Movimentos fetais: _____ BCF: _____	MATERIAL E MEDICAÇÃO
---	--	----------------------

DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input checked="" type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
----------------	--	---

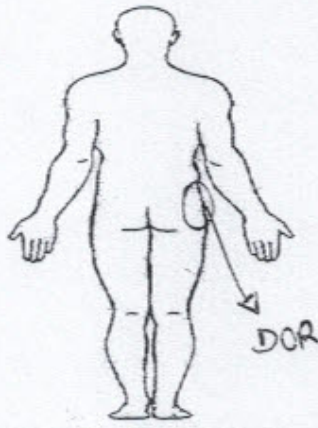
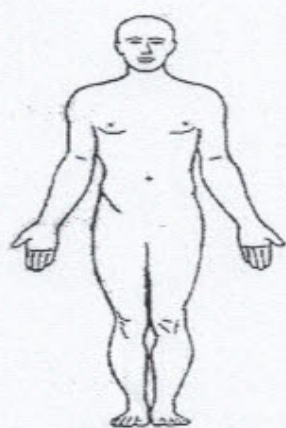
TERMO DO PACIENTE	Descrição:	/
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____	RG: _____

PACIENTE VITIMA de TRAUMA, MOTO X MOTO, COLUNA MOTO (2), ENCONTRADA ATUADA EM VIA PUBLICA, SEM CAIXOTE, LOTE, REFERE DOR EM REGIÃO LUMBAR AO LADO DIREITO, AUSÊNCIA DE CREPTAÇÃO, POUCA MOVIMENTAÇÃO NO MEMBRO, SSVU ESTAVEIS, ENCAMINHADO AO GT C.O.R.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA		
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala			
Abertura Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 35	2
Melhor Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pressão Sistólica (mmHg)	01 - 09	1
	Orientado	Balbuça	5		0	0
	Confuso	Choro irritado	4		> 90	4
Melhor Resposta Motora	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Escala de Glasgow	70 - 89	3
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1
Escala de Glasgow	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	0	0	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5	14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira a dor	4	11 a 13	4	
Escala de Glasgow	Flexão anormal	Flexão normal	3	8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2	5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1	3 a 4	1	

Simões
LINDOMAR SIMÕES
 Téc. em Enfermagem
 COREN/RR 799.600 TE

(15)



CONFERE COM O ORIGINAL
 EM 27/04/18
Reforça

SABEMI SEGURADORA S/A
 27 ABR. 2018
RECEBIDO

GESTANTE	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
<input type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão

MATERIAL E MEDICAÇÃO

19/02/2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800910039 19/02/2018 08:22:20 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 2

Paciente: CELJANE ALVES SILVA
Data Nascimento: 05/10/1990 Idade: 27 A 4 M 14 D
CNS: 898003257030608 CPF: 02933321181
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor: SSP/RR Data Emissão: 12/09/2008 Sexo: F Estado Civil: CASADO(A) Raça/Cor: PARDA Naturalidade: ZE DOCA - MA Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MARIA ALVES SILVA Pai: FRANCISCO MATOS SILVA Contato: (95) 99141-5431
Endereço: RUA - LEAO - 204 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira: Validade: Autorização: Sis Prenatal: ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend.: Procedência: Temp.: Peso: Pressão: Setor: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL Procedimento Sol.: Registrado por: NAYRA JULIANA

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem: GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ___:___h)
Pcte vítima de acidente motorciclístico com queixo de dor na mão (E) e pé.

Exame Físico: Bom estado com escoriações

Hipótese Diagnóstica: Febra em palange (1º quino) unia (D)

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

PRESCRIÇÃO: 1) Dimpirone 1g (E) 2) Folebil 40mg (E) APRAZAMENTO: OBSERVAÇÃO: SABEMI SEGURADORA S/A 27 ABR 2018 RECEBIDO

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável: Assinatura do Médico: Márcio Freire Cirurgia Geral CRM/RR 1613 RQE 614

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: PJLAW EL4CC FVP79 CV5PY



SINISTRO 3180396420 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CELIJANE ALVES SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR (Contingência)

BENEFICIÁRIO CELIJANE ALVES SILVA

CPF/CNPJ: 02933321181

Posição em 13-05-2019 09:59:22

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

