



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA
BRASILEIRA, CASADA, AUXILIAR DE ENFERMAGEM portador da carteira de
identidade nº 26222, SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 287.413.742-15,
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA PEROLA
QUADRA 18, LOTE 494, nº S/N Bairro: PEDEM DÍAS,
CEP: 69.300-000, Tel. 99132-5796.

Outorgados: **Bel. JOÃO MARCELO NOCCHI SANTA RITA**, Brasileiro, Solteiro, Advogado,
Inscrito na OAB/RR sob o nº 404-B, e **Bel. SILVINO COELHO GUEDES CORRÊA GONDIM**,
Brasileiro, Casado, Advogado, Inscrito na OAB/RR sob o nº 1914, ambos com endereço
profissional a Avenida Getúlio Vargas, nº 5470, Centro, Boa Vista – RR, Telefone: (95) 99170-5916,
onde deverá receber informações.

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
instancia, tribunal ou Juizado Especial, com poderes de cláusula "ad juditia", bem como realizar
todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular,
inclusive substabelecer, assim como, transigir, inclusive receber alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista, 13 de MAIO de 20 19.

Sebastiana Pereira de Souza
OUTORGANTE



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA,
BRASILEIRA, CASADA, AUXILIAR DE ENFERMAGEM, portador da carteira de
identidade nº 26222, SSP/PN e inscrito no CPF/MF sob o nº 287.413.742-15,
residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito a RUA PEROLA
QUADRA 18, LOTE 494, nº S/N Bairro: PEDRA D'ÁGUA,
CEP: 69.300-000, Tel. 99132-5796.

DECLARO, para os devidos fins e a quem possa interessar que sou pobre no conceito legal, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas do processo sem prejuízo do meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista, 13 de maio de 20 19.

Sebastiana Pereira de Souza
OUTORGANTE

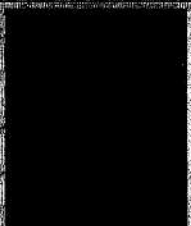
Para esclarecer dúvidas sobre seu pagamento, procure imediatamente sua unidade pagadora.

COMPROVANTE DE RENDIMENTOS - FOLHA NORMAL							
GOVERNO DO EX-TERRITÓRIO DE RORAIMA							
SIGLA DA UPAG SEGAD		UF RR	REG. JURÍDICO EST	SITUAÇÃO FUNCIONAL ATIVO PERMANENTE	SIGLA DA UORG SESAAUAE		UF RR
NOME DO SERVIDOR SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA				MAT. SIAPE 708996		IDENT. ÚNICA 7089961	
CARGO/EMPREGO AUX OPERAC DE SERV DIVERSOS			CLASSE S	REF/PADRAO/NIVEL III		FUNÇÃO CAX - IIAO AA	
DEPENDENTE S.F. 00		DEPENDENTE IR 00		A.T.S.(%) 12		CPF 28741374215	
				MÊS/ANO PAGAMENTO MAR 2019			
Banco				Conta			
BANCO				AGÊNCIA			
001				00250X			
CONTA SALÁRIO				CONTA			
0000000230294				0000000230294			
PARÂMETROS PARA PAGAMENTO DE APOSENTADORIA							
FUNDAMENTO LEGAL							
GRUPO							
CARGO							
CLASSE							
REF/PAD/NIV							
TIPO							
DISCRIMINAÇÃO							
PRAZO							
VALOR							
RENDIMENTOS							
VENCIMENTO BÁSICO							
2.145,23							
ADJUNTO - ART. 244, LEI 8112/90							
257,42							
AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO							
459,00							
V.P.TRANSITÓRIA ART 2 MP1573-7							
62,21							
ABONO DE PERMANÊNCIA EC 41/03							
524,88							
GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT							
1.895,20							
GDPGPE - LEI 11.784/2008 AT							
473,80							
DESCONTOS							
EMPREST BCO OFICIAL - BCO BRAS							
001							
49,57							
EMPREST BCO OFICIAL - BCO BRAS							
001							
10,61							
PRÊMIO SEGURO VIDA - SABEMI							
50,95							
CONTRIB PREV ABERTA - SABEMI							
84,97							
EMPREST BCO PRIVADOS - PAN							
056							
87,50							
EMPREST BCO PRIVADOS - BRADFIN							
056							
120,07							
EMPREST BCO PRIVADOS - BRADFIN							
056							
62,47							
EMPREST BCO PRIVADOS - BRADFIN							
056							
165,61							
CONTRIB PREV ABERTA - FBPP							
5,41							
MENSALIDADE SINDICAL - SINTRAS							
42,90							
CONT. PLANO SEGURIDADE SOCIAL							
524,88							
IMPOSTO DE RENDA RETIDO FONTE							
435,09							
Eduque-se financeiramente: Portal do Servidor/Gestão de Pessoas/Capacitação/Educação Financeira.							
BASE CÁLCULO DO TETO							
0,00							
DEPÓSITO FGTS							
0,00							
BRUTO							
5.815,74							
DESCONTO							
1.639,98							
BASE CÁLCULO DO I.R.							
4.743,48							
MARGEM CONSIGNÁVEL 70%							
1.803,90							
MARGEM CONSIGNÁVEL 30%							
873,22							
MARGEM CONSIGNÁVEL 5%							
241,69							
LÍQUIDO							
4.176,76							
Autenticação Nº 3992.41A8.ABAE.D116.57D1.4A6E							
Data de emissão: 03/04/2019 10:44:33							
Este contracheque foi impresso pelo Sigepe, de acordo com a Portaria SRH/MP Nº 1.825, de 19/09/2007, tendo fé pública em todo território nacional. Vale como original. Para conferir a autenticidade acessar servicosdoservidor.planejamento.gov.br serviço Autenticação de Documentos.							

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão

Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público - SEGRT
servicosdoservidor.planejamento.gov.br

SERPRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
SEBASTIÃO P. DE SOUZA	
	
26222 SSP RR	
CPF	DATA DE NASCIMENTO
287.413.742-15	21/08/1960
NOME	
JOSE LOURENÇO PEREIRA	
FANTINA PEREIRA DA SILVA	
PERMITE	VALIDADE
20000000000000000000	A
PROBADO	VALIDADE
05562403452	16/01/2020
26/04/2005	
OBSERVAÇÃO	
A	
SEBASTIÃO P. DE SOUZA	
SIGNATURA DO PROFISSIONAL	
LOCAL	DATA DE EMISSÃO
BOA VISTA - RORAIMA	26/01/2015
60652877865	
RR207915270	
DETRAN-RR (RORAIMA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 005775/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/02/2018 09:55 Data/Hora Fim: 07/02/2018 10:16
Origem: Polícia Judiciária Data: 07/02/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 20/10/2017 17:30

Local do Fato

Município: Alto Alegre
Logradouro: ESTRADA DO TAIANO

Bairro: SÍTIO SERRA

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Boa Vista Nasc: 11/03/1950
Profissão: Auxiliar de Enfermagem
Nome da Mãe: Fantina Pereira da Silva

Endereço

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: TRAVESSA FIRMINO
Bairro: VILA DO TAIANO
Telefone: (95) 99161-3176 (Celular)

Nº: S/N

Nome: LUIS FRANCISCO MACIEL PEREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocidela/Motoneta
Placa NUI5438	Número do Chassi 9C2KC2200GR010300
Ano/Modelo Fabricação 2016/2015	Cor VERMELHA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Alto Alegre
Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI	Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Luis Francisco Maciel Pereira	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Maria Selma Melo de Almeida
Data de Impressão: 07/02/2018 10:16
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005775/2018

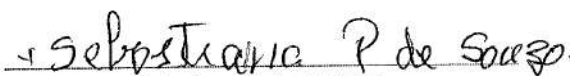
RELATO/HISTÓRICO

A comunicante SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA, relata que na data, hora e endereço acima descrito, seu esposo LUIS FRANCISCO MACIEL PEREIRA, conduzia a motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA NUI-5438, CHASSI 9C2KC2200GR010300, de propriedade de SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA, tendo-a como garupa, trafegava sentido SITIO Serra Verde/Vila do Taiano, quando ao passar por uma ponte vieram a cair; QUE o esposo da comunicante a levou ao Hospital Unidade Mista BOM SAMARITANO e depois foi removida pelo SAMU ao HGR; QUE devido ao acidente a comunicante teve O PUNHO ESQUERDO FRATURADO; QUE o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS


Maria Selma Melo de Almeida
Agente de Polícia Civil
Mat. 642000212

Maria Selma Melo de Almeida
Responsável pelo Atendimento


Sebastiana Pereira de Souza
(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."





GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE BOM SAMARITANO

Unidade Mista de Bom Samaritano
Rua Principal S/N - Maloca da Barata
CEP 69 350-000

ALTO ALEGRE

RR

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de Direito que conforme registro no livro de Atividades de Enfermagem no dia 20/10/2017 às 06h50min, (plantão das 19h00min do dia 19 de outubro às 07h00min do dia 20 de outubro de 2017) a paciente **SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA, 68 anos, CPF: 287.413.742-15** deu entrada nesta Unidade de Saúde apresentando lesão na mão esquerda (suspeita de fratura), após acidente automobilístico (queda de moto). Feito imobilização do membro superior esquerdo e encaminhada ao PRONTO SOCORRO do HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PS/HGR, conforme segue em anexo.

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.

Comunidade Indígena Barata – AA, 21 de Novembro de 2017.


Rafael Antônio Silveira
Diretor Geral Interino/UMBS
SESAU/GAB/PORTARIA Nº 2890/2017

UNIDADE MISTA DE BOM SAMARITANO – UMBS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA
Rua principal S/N – Maloca da Barata CEP: 69350-000 Alto Alegre/RR
FONE: 0XX95-32632000/88027867



20/10/2017

...: Guia de Atendimento 02 ...

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



1700853888	20/10/2017 09:27:11	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	9
Paciente SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA		Data Nascimento 11/03/1950	Idade 67 A 7 M 9 D	CNS 898000468673239	CPF 28741374215	Prontuário 00053902
Tipo Doc IDENTIDADE 26222	Documento SSP/RR	Órgão Emissor SSP/RR	Data Emissão	Sexo F	Estado Civil PARDA	Raça/Cor BOA VISTA - RR
Mãe FANTINA PEREIRA DA SILVA		Pai JOSE PEREIRA LOURENCO		Naturalidade BOA VISTA - RR		
Endereço - VILA DO TAIANO - SN - - ALTO ALEGRE - RR				Contato		
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Trauma pulso @

Ref queixa - do moto, d

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Trauma

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

1 Digne ds

2 Furosemida 20mg

(6u)

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☒ Transferência para: **ortopedico**

☐ Ambulatório
☒ Observação (Alé 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

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 20/10/2017 09:28:16

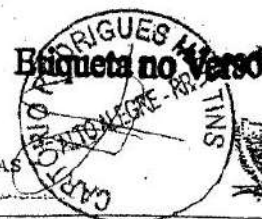
1700853888



1700853888



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGENCIAS
SAMU 192 / RORAIMA

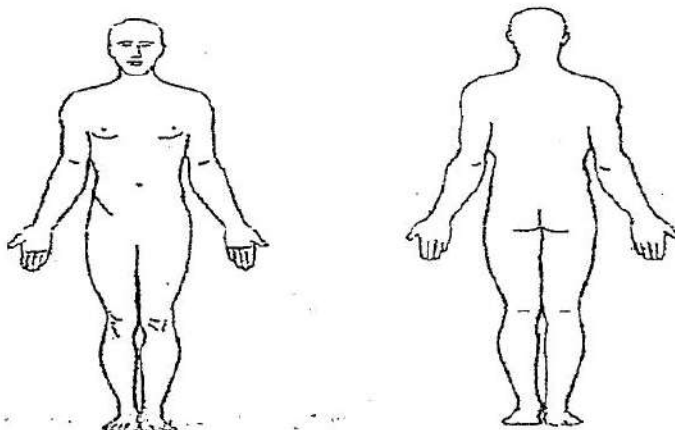


FICHA DE ATENDIMENTO										
Unidade: BRADO TRINDO	Equipe: TEC VABUSCA COND: CH MRIES									
Paciente: SEBASTIANA PEREIRA	Idade: 68ª Sexo: F									
Endereço: _____										
Ponto de referência: _____										
CHAMADA	Nº 14968 DATA 20/10/2017 HORA DO ACIONAMENTO: 07:08									
	Médico (a) Regulador (a) Dr.(a) CRM: ADELADE HORA CHEGADA NA UNIDADE: _____									
	MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ OUTRO									
	MECANISMO DE TRAUMA									
	<table border="1"><thead><tr><th>AUTOMÓVEL</th><th>AUTOMÓVEL</th><th>VIOLÊNCIA</th><th>OUTROS</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro</td><td>☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta</td><td>☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:</td><td>☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:</td></tr></tbody></table>	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS	☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:	
	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLÊNCIA	OUTROS						
	☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro	☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag MOTO/BICICLETA ☐ Acidente com moto X ☐ Queda de moto ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta	☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:						
	AVALIAÇÃO INICIAL									
	Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apneia ☐ Eupneico	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hiperitimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa	Circulação ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente (Assistolia)	Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ DN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado						
	SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR	
Início	X									
Fim	X									
AVALIAÇÃO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vítima)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
	Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração				
	Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações			☐ Fratura ☐ Amputação ☐ Esmagamento				
	AVALIAÇÃO CARDIACA			AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA				
	☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutuar	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular Outros	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Peridátrica ☐ Aborto	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros				
	GRAVIDADE COMPROVADA									
	☐ ILESO ☐ SEVERA		☐ PEQUENA ☐ MORTE	☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA	☐ OUTRO					
	INCIDENTE	Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro (Unidade de Destino)								
		☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:				MULTIPLS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:				
	Iniciada as:				DADOS PESSOAIS DA VITIMA					
Término as:										

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

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
Semana: _____	Movimentos fetais: _____		
de líquido: _____	BCF: _____		
cartão [] Sem cartão			

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Adulto		Menores de 5 anos		Escala		Escala	
Abertura de Olhos	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	
Resposta Verbal	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Pulsos (baterias / min)	01 - 09	1	
	Orientado	Balbucia	5		0	0	
	Confuso	Citico irritado	4		> 90	1	
Resposta Motora	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Estil de Glasgow	70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
Extensão de membros	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	0	0	
	Localiza a dor	Rolou ao toque	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Rolou 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	



Paciente vítima acidente motocicleta, Lote, LUXURY m 50
 Suspeita de Fratura.

CARTÓRIO
 Autenticação

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado.
 O referido é verdade e dou fé.
 Emolumentos: R\$ 2,98 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$2,98.
 Alto Alegre, 20 de maio de 2019.

CARTÓRIO
 Autenticação

Dr. Patrick Araújo
 Clínica Médica/Trauma
 CRM/RN 1441

CARTÓRIO
 Autenticação

Barbara Paula Moreira
 Escrivente
 O referido é verdade e dou fé.
 Emolumentos: R\$ 2,98 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$2,98.
 Alto Alegre, 20 de maio de 2019.

Laudo Médico

A seguir, Sdntem Para o Socio. Titm
do acidente de moto (20/10/2018) com
traum em M5 E a potencia nivel
do punho (E) sed. trante (Enxada da
com gono alopel m e M5E.

Após Condicion e (Indicador); teve
alt depois de 4 mes de acidente. (22/12/2018)
o em. 1 de vlem de radi Am dist E

Inteira do movimento do punho (E) (Movatan)

Inteira de movimento superior do punho (E)

Inteira de flexão total do punho (E)

Inteira de flexão 1/3 do punho (E)

Presente em punho de peso 2/1000 g
Punho. Com demonstração de punho palma
e flexão dos movimentos de articulação de
punho e antebraço (prossupunção) e 1 de flexão
Punho e movimento em M5E

09/10/2018

Reduza 100% do punho de 2018

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 589

Remover marca d'água agora



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180505386

Vítima: SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 20/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180505386**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0109701098 - carta_04 - INVALIDEZ

00020549



Carta nº 13601621

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDXK 2C7XY PUJPB NTSAD



Remover marca d'água agora



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180505386**
Vitima: **SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA**
Data do Acidente: **20/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180505386**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13534286

Pag. 01359/01360 - carta_01 - INVALIDEZ

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5VM DH6QQ YJWMW HD2MA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180086120 **Cidade:** Alto Alegre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 20/10/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM do médico: 52.90873-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Talita Fonseca Medeiros



1/ai viabilizada