

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Ana Neiris da Silva Oliveira
ESTADO CIVIL: VIVA
RG nº. 65846 55112
CPF/MF nº. 225.846.502-82
TELEFONE: (95) 99145-9844 E-MAIL: Neiris6anaa@gmail.com
ENDEREÇO: Rua: Casimiro Jose da Silva N° 384
Dr. Silvio Leite

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 10 / JANEIRO de 2020.

Ana Neiris da Silva Oliveira

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Ana Neiris da Silva Oliveira
ESTADO CIVIL: VIÚVA PROFISSÃO: DO IAL
RG nº: 65846 581/82
CPF/MF nº: 225.846.502-82
ENDEREÇO: Rua Casimiro José da Silva nº 384
Dr. Silvano Leite

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15.e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 10 / JANEIRO de 2020

x Ana neiris da Silva Oliveira



01 NOV. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ  Assinatura do Titular: <i>Ana neris da Silva Oliveira</i> Assinatura do Policial: <i>Pol. Legat. Direto</i>		REGISTRO GERAL 65846 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2016 NOME ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA FILIAÇÃO ANTONIO MESQUITA DE OLIVEIRA FRANCISCA VITORINA DA SILVA NATURALIDADE BOA VISTA - RR DATA DE NASCIMENTO 15/12/1967 DOC. ORIGEM CERTO NASC 8894 FLS 227-V LIV A-08 BOA VISTA-RR CPF 225.846.502-82 2 VIA AMADEU ROCHA TRIANI Perito Papiloscópico da Polícia Civil Diretor da RDC LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

01 NOV. 2019



Para contato
conosco informe
este número

SEU CODIGO

0039975-2

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
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 368/13

Nº da Nota Fiscal 003593275

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	28/09/2019	0	143,49

ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA
R. CASIMIRO JOSE DA SILVA 384 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00022584650282
CEP: 69.314-344 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.06.146100

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual:	8231		Atual: 20/08/2019
Anterior:	8231		Anterior: 18/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 17/09/2019
Consumo Medido:	0		Emissão: 04/09/2019
Consumo Faturado:	0	FEMP	Apresentação: 11/09/2019

TAXADO

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2738092	N 1425613	1.1.1.1	0

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/19 0	PARCELAMENTO DE DEBITO 29/36 111,95
JUN/19 0	ILUMINACAO PUBLICA 31,54
MAI/19 0	
ABR/19 0	
MAR/19 0	
FEV/19 0	
JAN/19 0	
DEZ/18 0	
NOV/18 0	
OUT/18 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/09/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 4.482,50 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
07/2019	143,86	
06/2019	143,49	

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 0BD3.D761.885A.0C8E.399C.9316.F810.162B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 0,00	Base de Cálculo:
Energia: 0,00	Alíquota ICMS:
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS:
Encargos: 0,00	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 0,00	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,85 5,00 0,26

FLORESTA

06/2019

0,00

ROT: 11.001.19.06.146100



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0039975-2TOTAL A PAGAR - R\$
143,49MÊS FATURADO
08/2019VENCIMENTO
28/09/2019

Nº da Nota Fiscal 003593275 FEMP

83680000001 7 43490075000 2 00000000039 8 97520819008 5



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

127.52633.03-5

NÚMERO

9205166

SÉRIE

001-0

UF

RR

Ananias da Silva Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



BRASIL

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

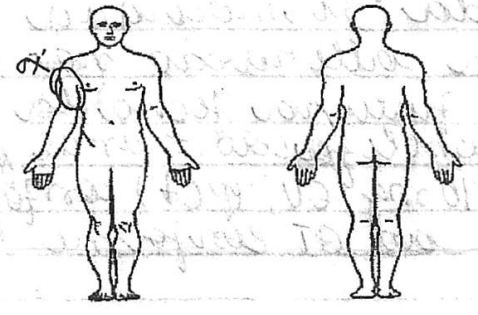


Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJSRZ 6PBPR 3B4J6 KWSRU



06		07	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
CICLO DE		CICLO DE	
ENDEREÇO		ENDEREÇO	
MUNICÍPIO		MUNICÍPIO	
EST. DO ESTABELECIMENTO		EST. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO		CARGO	
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ADMISSÃO	
RECEITA Nº		RECEITA Nº	
EMPREGADOR		EMPREGADOR	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	
COM DESPESAS COM		COM DESPESAS COM	
FOLHA DE PAGAMENTO		FOLHA DE PAGAMENTO	



 FICHA DE ATENDIMENTO N° 1186 UNIDADE: BRAVO I EQUIPE: Cond: R. diel Tec: S. Soares		
Paciente: <u>Ana Neris da Silva oliveira</u> Idade: <u>51</u> Sexo: <u>F</u> Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: Branca ☐ Negra ☐ Parda ☒ Amarela ☐ Indígena-Etnia ☐ Endereço: <u>Rua Horacio mardel cl Amando</u> Bairro: <u>Ara Branca</u> <u>Nogueira</u>		
N° <u>10.845</u> DATA <u>29/06/19</u> HORA J/9: <u>08:28</u> BASE () VIA () () RÁDIO Médico (a) Regulador (a): <u>Erico</u> HORA J/10: <u>08:20</u> () CELULAR		
MOTIVO INICIAL: <u>moto x carro.</u>		
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas ☒ 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()		
TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA ☒ Acidente de trânsito ☐ Urgência psiquiátrica ☐ Queimadura ☐ Urgência obstétrica ☐ Agressão física / espancamento ☐ Tentativa de suicídio ☐ Choque elétrico ☐ Transferência ☐ Agressão física - FAF ☐ Envenenamento ☐ Queda ☐ Exame complementar ☐ Agressão física - FAB ☐ Afogamento ☐ Urgência clínica ☐ Outros		
ACIDENTE DE TRÂNSITO		
VÍTIMA ☐ Pedestre ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado	MEIO DE LOCOMOÇÃO ☐ A pé ☐ Ônibus ☐ Automóvel ☐ Micro-ônibus ☒ Motocicleta ☐ Outro ☐ Bicicleta	OUTRA PARTE ENVOLVIDA ☒ Automóvel ☐ Bicicleta ☐ Motocicleta ☐ Animal ☐ Ônibus ☐ Outro ☐ Micro-ônibus
ITENS DE SEGURANÇA ☐ Capacete ☐ Cinto de segurança ☐ Airbag ☐ Assento para criança		
AValiação INICIAL		
VIAS AÉREAS ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Outro:	VENTILAÇÃO ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia <u>E</u>	CIRCULAÇÃO ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Pulso radial ausente ☐ Pulso central ausente ☐ Cianose central ☐ Extremidade <u>N</u>
AVAl. NEUROLÓGICA ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria ☐ D ☐ E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ Agitação psicomotora		
SINAIS VITAIS E ESCORES		
Hora Início <u>8:35</u> Fim <u>8:52</u>	P.A mm/hg <u>—</u>	F.C Bpm <u>88</u> <u>87</u>
F.R Mpm <u>16</u> <u>16</u>	Sat O₂ % <u>98</u> <u>99</u>	T. Axilar °C
Glicemia 	Esc. visual "DOR" 	Glasgow <u>15</u>
AVAliação SECUNDÁRIA		
LESÃO IDENTIFICADA 1 - Dor 2 - Hematoma 3 - Contusão 4 - Escoriação 5 - Laceração 6 - Luxação 7 - Fratura fechada 8 - Fratura exposta 9 - Amputação 10 - Evisceração 11 - Afundamento de crânio 12 - Ferimento penetrante 13 - Tórax instável 14 - Enfisema subcutâneo 15 - Ferida aspirativa 16 - Empalamento 17 - Outros		ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - Ao comando 2 - A dor 1 - Sem resposta RESPOSTA VERBAL 5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Sem resposta RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Sem resposta
AVAliação CARDÍACA ☒ Ritmo Sinusal ☐ FV ☐ Taquicardia Sinusal ☐ TV ☐ Flutter Atrial ☐ AESP ☐ Fibrilação atrial ☐ Assistolia		
AFECÇÃO CLÍNICA ☐ Neurológica ☐ Metabólica ☐ Respiratória ☐ Infecciosa ☐ Cardiovascular ☐ ☐ Digestiva		
HISTÓRIA PEGRESSA ☐ Diabetes ☒ Alergias <u>Nega</u> ☐ Cardiopatia ☐ Outros ☐ HAS ☐ Medicação de uso		
GRAVIDADE COMPROVADA ☐ Ileso ☐ Pequena ☐ Média ☐ Sévera ☐ Óbito		
INCIDENTES ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento / ☐ Hospitalização ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote		
RCP ☐ Iniciada as: ☐ Término às: ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso		
DESTINO ☐ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento / HGR		



PERTEN- DO PACIE- NTE	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: _____
TERMO DE RECUSA	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE							
Idade Gestacional:	☐ Movimentos fetais presentes	☐ Partes fetais na vulva					
Perda de líquido:	☐ Contrações entre 3-5 min.	☐ Com cartão da gestante					
BCF:	☐ Contrações com duração > 30s	☐ Sem cartão da gestante					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
☐ Aspiração	☐ Máscara laríngea	☐ Monitorização cardíaca	☐ Imobilização de fraturas				
☐ Cânula de Guegel	☐ Guia de Introdução Bougie	☐ Colar cervical	☐ Curativos				
☐ Cateter nasal: ____ L/min	☐ Cricotireostomia cirúrgica	☐ Headblock	☐ Parto vaginal				
☐ Máscara facial: ____ L/min	☐ Oximetria	☐ Prancha longa	☐ Cesárea de emergência				
☐ Bolsa-valva-máscara: ____ L/min	☐ Dreno de tórax	☐ Tirantes	☐ Imobilização de luxação				
☐ Intubação orotraqueal	☐ Descompressão torácica	☐ KED	☐ Outros:				
☐ Acesso venoso Gelco n° ____	☐ Acesso venoso Scalp n° ____	☐ Acesso intraósseo					
MEDICAMENTOS PRESCRITOS							
FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	1g	EV					
tilotil	40mg	EV					

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Pot traumática foi encontrada deambulando lúcida, orientada, normocorada, com avaliação primária sem alteração na secundária aparenta provável fratura fechada de úmero (D) realizado imobilização + analgesia com dipirona 1g + tilotil 40mg EV, pct conforme RM, pct encaminhado ao GT conforme RM e em que com vida.

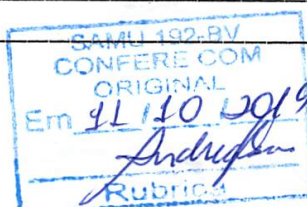
Materiais:

1 dipirona ampola
1 tilotil 40mg
1 Seringa 20ml
1 agulha 25x7
1 equipo
1 SP 500ml
1 feio 20
2 otadras 15cm
1 " 30cm

01 tala

Obs: condutor do carro
evadi-se do local.

01 NOV. 2019



Tomires Leandro
Assinatura e carimbo do profissional
874.973-PR.

29/06/2019

... Guia de Atendimento 17 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação	Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho	☐ Vermelho
☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja	☐ Laranja
☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo	☐ Amarelo
☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde	☐ Verde
☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.	☐ Azul Ass.

1901129254	29/06/2019 08:58:23	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19	5
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA	15/12/1967	51 A 6 M 14 D	706807775318925		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	65846	SSP/RR	24/01/1991	F	NAO INFORMADO
Mãe	FRANCISCA VITORINA DA SILVA		Naturalidade		Raça/Cor
Endereço	RUA - CASSIMIRO JOSE DA SILVA - 384 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR		BOA VISTA - RR		PARDA
			Contato	Nacionalidade	
			(95) 99141-7342	BRASILEIRA	
			Ocupação		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL		LEILSON.SOUSA		
Queixa Principal					
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue					

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

VITIMA DO ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDA POR SAMU COM IMOBILIZAÇÃO BRANCA - PULMÃO A DIREITA

Exame Físico

01 NOV. 2019

Hipótese Diagnóstica

FRATURA DO ÚMERO?

SADT - Exames Complementares

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO

Conduta

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

☐ Ambulatório
☐ Observação (Até 24h)
☐ Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

ORTOPEDIA

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: leilson.sousa
Data Hora: 29/06/2019 09:00:31

Dr. Fernando Antônio Martins Pereira
Osteomédico
CRM-RR 15843



1901129254



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/09/2019 12:09 Data/Hora Fim: 19/09/2019 12:29
Origem: Polícia Judiciária Data: 19/09/2019
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/06/2019 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Armando Nogueira
Complemento: Cruzamento

Bairro: Asa Branca

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1213: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena (Art. 303, § 1º da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Nasc: 15/12/1967
Profissão: Do Lar Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Viúvo(a)
Nome da Mãe: Francisca Vitorina da Silva Nome do Pai: Antonio Mesquita de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 225.846.502-82
RG - Carteira de Identidade: 65846

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Casemiro José da Silva
Complemento: Casa
Bairro: Dr. Sílvia Leite
Telefone: (95) 99145-9844 (Celular)

Nº: 384

01 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Proprietário, Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 19/09/2019 12:29
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031460/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 025.888.492-45	Placa NUJ-4559
Renavam 00567206165	Número do Motor KC16E8E404931
Número do Chassi 9C2KC1680ER404931	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI
Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ana Neris da Silva Oliveira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante que diz ser habilitada, mas não apresentou, afirmando ainda que a mesma está vencida, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo/pilotando a motocicleta também já devidamente descrita acima e que está em nome de DIOGO SULLIVAN DE OLIVEIRA PEREIRA. Que a motocicleta foi colidida na traseira por um veículo que saiu de uma rua (NÃO SABENDO INFORMAR O NOME), para transitar em seu mesmo sentido. Que o condutor do veículo não permaneceu no local exato, parou o veículo mais a frente e voltou a pés para ver se a comunicante estava viva, não fazendo nada e logo em seguida foi embora. Que a comunicante sofreu lesões corporais e foi resgatada pelo SAMU até o HGR. **QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE. Que esse registro é para fins de Seguro DPVAT. É o registro.**

 Jefferson Inacio Araujo Agente de Polícia Civil Mat 042000908	ASSINATURAS 19 SET 2019 Ana Neris da Silva Oliveira AGENTE DE POLÍCIA CONFERIDOR	Ana Neris da Silva Oliveira (Vítima / Comunicante / Envolvido)
---	---	---

"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."

01 NOV. 2019

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190617620 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO ANA NERIS DA SILVA OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 22584650282

Posição em 27-01-2020 15:02:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/12/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da	Referência	Ver
---------	------------	-----

