



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

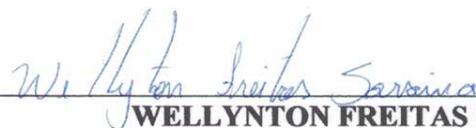
2

PROCURAÇÃO

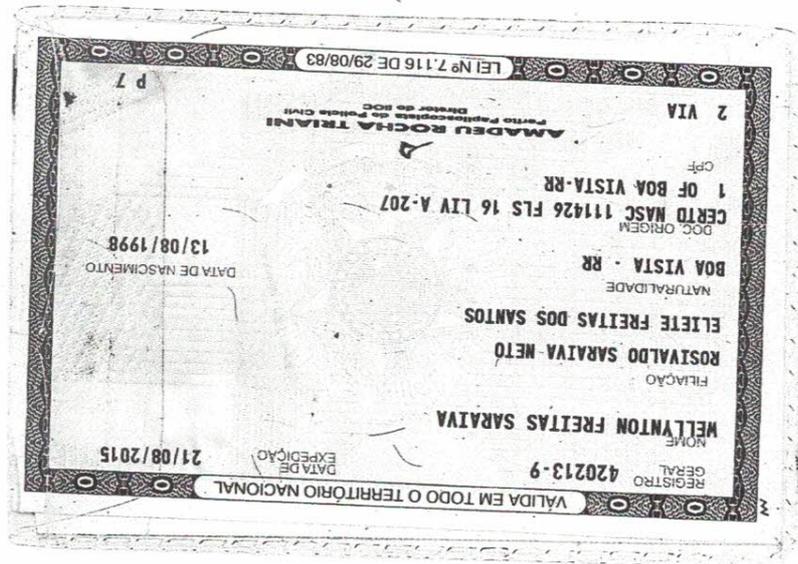
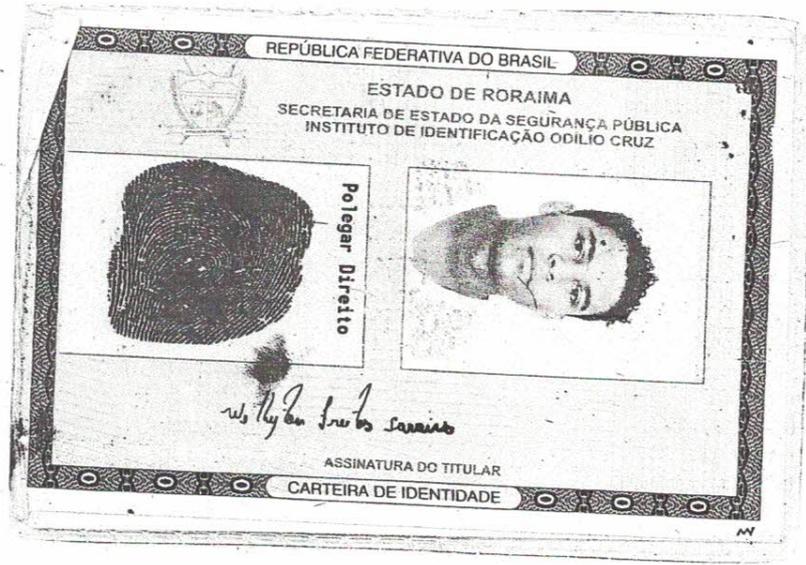
Outorgante:: WELLYNTON FREITAS SARAIVA Nº 420213-9 SSP/RR E CPF Nº 035.343.812-03, brasileiro, solteiro, desempregado, residente na Rua: Vereador Waldemar Gomes nº 1276, Bairro: Pintolandia , Boa Vista- RR- , CEP.: 69.316-760 Boa Vista, Tel.: (95) 99171-7753/ 98111-3184/ 99170-9439, confiancacst@hotmail.com, **Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, 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.

Boa Vista/RR, 4 de fevereiro de 2019.



WELLYNTON FREITAS SARAIVA



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
035.343.812-03
Nome
WELLYNTON FREITAS SARAIVA
Nascimento
13/08/1998
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A3F7.65D5.11BC.981D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:02:59 do dia 06/04/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0086453-6

Eletrobras Distribuição Roraima
 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 000775676
 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\$)
MAIO/2018	06/06/2018	159	116,30

WELLYNTON FREITAS SARAIVA
 R. VER WALDEMAR GOMES 1276 PINTOLANDIA
 CPF: 00003534381203
 CEP: 69.316-760 - BOA VISTA
 ROT: 8.001.16.15.148910

DADOS DA LEITURA		KWh	KVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	17885			Atual:	18/05/2018
Anterior:	17726			Anterior:	18/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	18/06/2018
Consumo Medido:	159			Emissão:	17/05/2018
Consumo Faturado:	159	FCAM		Apresentação:	18/05/2018
Tipo de Faturamento: NORMAL		Fator de Potência:		Dias de Consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	2902466	M 1414890	1.1.1.2	184

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO - 159 A R\$ 0,571207 =	90,82
ABR/18 170	CORRECAO MONETARIA DA 02/18-00	0,07
MAR/18 172	CORRECAO MONETARIA IG 02/18-00	0,84
FEV/18 210	MULTA POR ATRASO DE I 02/18-00	1,12
JAN/18 0	JUROS DE MORA POR ATR 02/18-00	0,35
DEZ/17 0	MULTA POR ATRASO 02/18-00	2,39
NOV/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 02/18-00	2,27
OUT/17 0	ILUMINACAO PUBLICA	18,44
SET/17 0		
AGO/17 0		
JUL/17 0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 159 - 0,456770		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/06/2018, em função das contas reavisdas 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 reavisdada(s) no valor de R\$ 116,30 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 7396.A32A.4577.FE2D.C775.A6CD.1597.F881

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	27,25	Base de Cálculo:	90,82
Energia:	43,59	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	15,43
Encargos:	1,81	Valor do PIS:	0,48
Tributos:	18,17	Valor do COFINS:	2,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Índice	DMC		FIC		DMIC		DCIRI
	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral	Mensal
Atualizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Realizado	0,00		0,00		0,00		0,00
Período de aplicação:	03/2018						0,00

ROT: 8.001.16.15.148910

SEU CÓDIGO 0086453-6	TOTAL A PAGAR - R\$ 116,30
MÊS FATURADO 05/2018	VENCIMENTO 06/06/2018
Eletrobras Distribuição Roraima Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR CNPJ: 02.341.470/0001-44 Insc. Estadual: 24.007.022-3 Nº da Nota Fiscal: 000775676 FCAM	

8362000001 3 16300075000 6 00000000086 9 45360518008 3





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

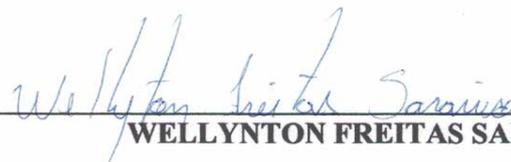
3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **WELLYNTON FREITAS SARAIVA Nº 420213-9 SSP/RR E CPF Nº 035.343.812-03, brasileiro, solteiro, desempregado**, residente na Rua: Vereador Waldemar Gomes nº 1276, Bairro: Pintolandia , Boa Vista- RR- , CEP.: 69.316-760 Boa Vista, Tel.: (95) 99171-7753/ 98111-3184/ 99170-9439, confiancaest@hotmail.com. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 4 de fevereiro de 2019.



WELLYNTON FREITAS SARAIVA





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031802/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/08/2018 11:26 Data/Hora Fim: 31/08/2018 11:28
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 09/08/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 15/06/2018 00:42

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av. Centenário

Bairro: Centenário

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: **WELLYNTON FREITAS SARAIVA (VÍTIMA , COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 13/08/1998
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Eliete Freitas dos Santos Nome do Pai: Rosivaldo Saraiva Neto

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: Vereador Valdemar Gomes Nº 1276
Bairro: Pintolandia

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que NÃO é habilitado e que na data, hora e local acima informado, conduzia sua motocicleta, sendo esta uma Honda CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2011/2012, Placa NUK-8600, Chassi 9C2KC1670CR410833, a uma velocidade de aproximadamente 50km/h, quando um veio a atropelar um cachorro e a cair em seguida. Que após a colisão, o comunicante foi para sua residência, onde começou a sentir dores no braço. Que devido as dores, foi levado por familiares à Policlínica Cosme e Silva, de onde foi encaminhado ao HGR para procedimentos médicos devido as lesões sofridas no acidente. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031802/2018-A01

ASSINATURAS

Jorge Fernando Paiva Figueiredo
DAT
Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

31/08/2018
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que da origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL - IML-RR
DR. BENIGNO JOSÉ DE OLIVEIRA.



LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO - LESÃO CORPORAL - Nº 5825/2018/IML/RR.

Destino: **DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO/DAT/RR.**

AUTORIDADE REQUISITANTE:

- Delegado (a) de Polícia Civil: **Juraci Ribeiro da Rocha.**
- Requisição: **Nº 162/2018/DAT. Referência: BO. Nº 031802/2018-A01/DAT.**

NOME: WELLYNTON FREITAS SARAIVA	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	NATURAL: BOA VISTA/RR
IDADE: 20 ANOS	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	COR: PARDA
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	ESCOLARIDADE: MÉDIO INCOMPLETO
DOCUMENTAÇÃO: RG. Nº 420213-9 - SSP/RR	TELEFONE: (95) 99171-7753
FILIAÇÃO: ROSIVALDO SARAIVA NETO e ELIETE FREITAS DOS SANTOS	
ENDEREÇO: RUA VEREADOR VALDEMAR GOMES - Nº 1276 - B. PINTOLÂNDIA - BOA VISTA/RR	
DATA/ HORA DO EXAME: 10/10/2018, às 11 hora e 25 minutos.	
Obs: Os profissionais abaixo designados pelo diretor, prestam o solene compromisso de elaborar o laudo descrevendo com verdade todas as circunstâncias que encontrarem, descobrirem e observarem.	

HISTÓRICO:

- Atendendo Requisição 162/18/DAT.

DESCRIÇÃO:

- Raio-x com gesso circular imobilizando membro superior direito (vide raio-x em anexo).
- Periciando apresenta redução de força de apreensão em mão direita.
- Desconforto aos exames clínicos de diferentes dedos de mão direita.

CONCLUSÃO:

- Lesão contusa grave.

QUESITOS e suas RESPOSTAS:

- 1º Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2º Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3º Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4º Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- 5º Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DO PERICIANDO.**
- 6º Resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, debilidade permanente de membro, sentido ou função, aborto ou aceleração de parto ou deformidade permanente? **SIM, SEQUELA FUNCIONAL PERMANENTE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO PARA ATIVIDADES LABORAIS.**

DAT
Confere com original
Data: 07/10/2019
Assinatura
Givanildo da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000008

E por ser verdade digitei este documento, que depois de revisado e achado conforme, será assinado pelos profissionais abaixo e por mim, Marilice Souza do Carmo: *M*

Francisco F. Farias Jr.
Francisco F. Farias Jr.
Médico CRM 385-RR
Mat. 43002887

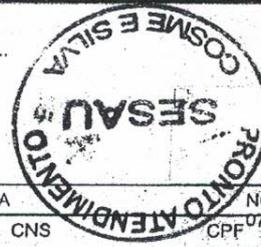
IML

Av. Venezuela nº 2.083, Bairro Liberdade, CEP 69 309 005 - Boa Vista/RR.
Tel. (95) 2121-3409 (recepção), (95) 2121-3430 (direção).



15/06/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:



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

1800382048	15/06/2018 22:14:29	FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA		NOTURNO 19- 172	
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
WELLYNTON FREITAS SARAIVA	13/08/1998	19 A 10 M 2 D		03534381203	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE 00				M	PARDA
Mãe	Pai	Raça/Cor	Naturalidade	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
ELIETE FREITAS DOS SANTOS	ROSIVALDO SARAIVA NETO	Contato	(95) 99174-4124		
Endereço: RUA - S-5 - 398 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR					
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA				
SUTURA	DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Registrado por: IANE ALVES
Queixa Principal: <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> 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
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)					
* queda de peso obs I 1h que se re de de em unhas e punhos D permanentemente fraturados.					
Exame Físico					
* Sem outros alterações ao exame físico.					
Hipótese Diagnóstica					
trauma de unhas e punhos D					
SADT - Exames Complementares					
<input checked="" type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:					
PRESCRIÇÃO			APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO	
1) 100mg na 2g (EV) agora					
2) 100mg na 40mg (EV) agora					
 Maria M. D. de Alencar CRM-ROR 1304			Visto		
Conduta					
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica			<input type="checkbox"/> Ambulatório		
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido			<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)		
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia			<input type="checkbox"/> Internação		
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: UGR			Data e Hora da Saída/Alta: / /		
óbito					
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica					

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: iane.alves
Data Hora: 15/06/2018 22:17:09

CONFERE COM ORIGINAL

Em 10 de Junho de 2018
Gerente Níveis SamelFat
Fonema nº 0232018
PACS/SESAU

Ass:



1800382046

AMARELO

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



1800967453	16/06/2018 00:42:27	FICHA DE ATENDIMENTO			CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-	5
Paciente WELLYNTON FREITAS SARAIVA		Data Nascimento 13/08/1998	Idade 19 A 10 M 3 D	CNS 03534381203	CPF 07	Prontuário	
Tipo Doc IDENTIDADE 00	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo M	Estado Civil	Raça/Cor PARDA	Naturalidade BOA VISTA - RR
Mãe ELIETE FREITAS DOS SANTOS	Pai ROSIVALDO SARAIVA NETO		Contato (95) 99174-4124		Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA - S-5 - 398 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR					Ocupação		

Class. de Risco AMARELO	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão 150 x 100	
Setor PRONTO ATENDIMENTO	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.		Registrado por: JOSIEL ROSAS			

Queixa Principal
 ENC. DA PCS. Síndrome Febril Sintomático Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem
 NEGA ALERGIA

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)
*Vítima de acidente de carro + corcho; encaminhado ao
 como não*

Exame Físico
*Dor em articulação do pulso, pulso perfurante (+)
 Sítio*

Hipótese Diagnóstica
F+ radia distal (+)

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

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
<i>encaminhado pelo Dr. Aguiar</i>		

Conduta

<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica	<input type="checkbox"/> Ambulatório
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido	<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia	<input type="checkbox"/> Internação
<input type="checkbox"/> Transferência para: _____	Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____ : ____:____

óbito

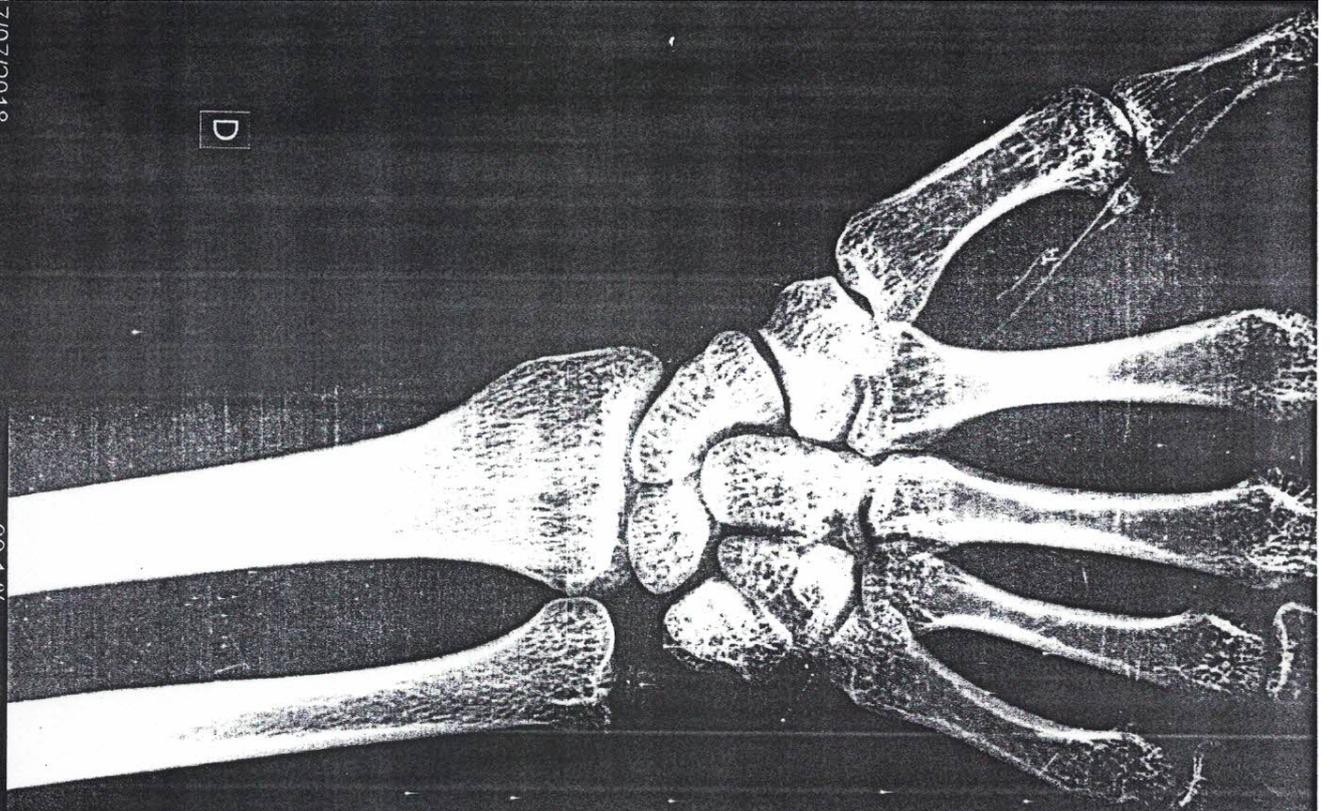
Antes do 1º Atendimento? Sim Não Destino: Família IML Anatomia Patológica ____/____/____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: ieda.gadelha
 Data Hora: 16/06/2018 00:46:01



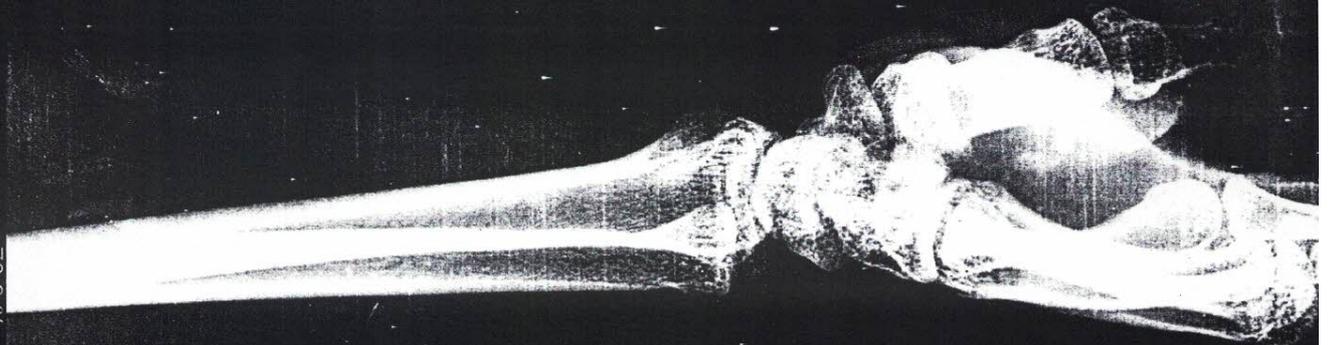


7/07/2018

D

99,1 %

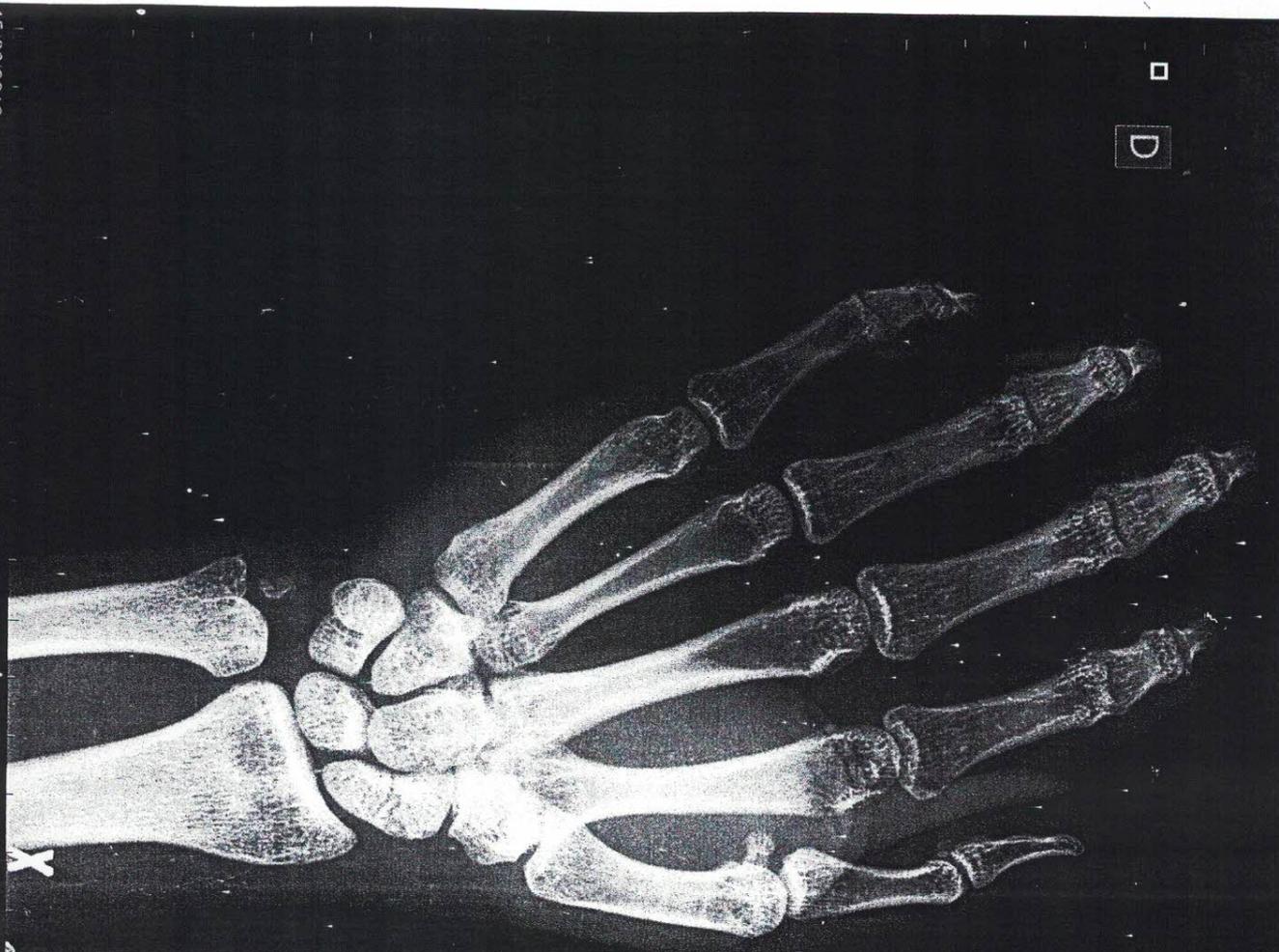
WELLYNTON FREITAS SARAIVA
8048
HOSPITAL CORONEL MOTA



7/07/2018

78,9 %

Fabiola Castro



15/06/2018

D

82,4 %

PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 9575-19 ANOS

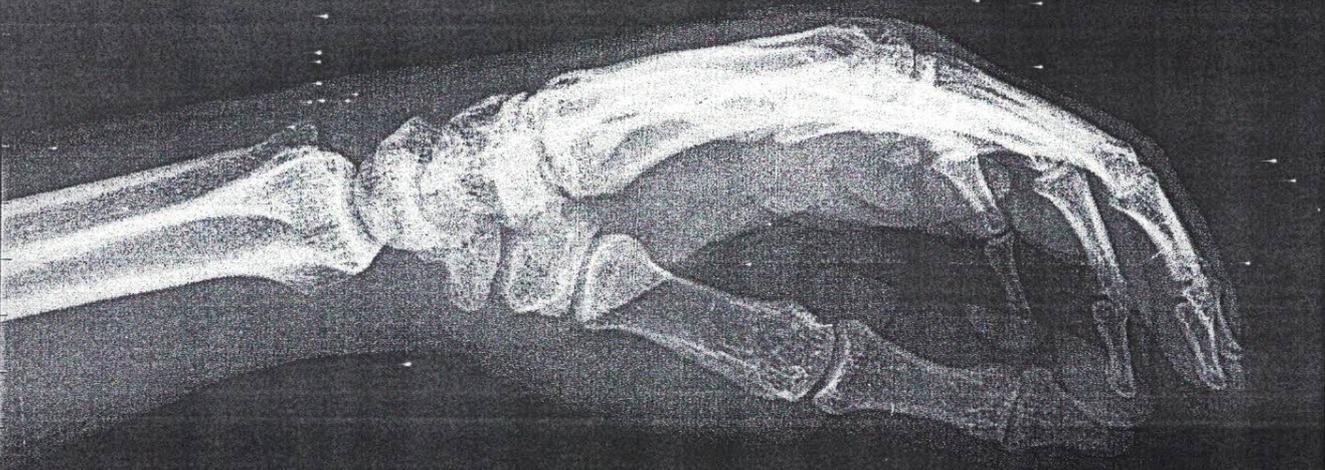
WELLYNTON FREITAS SARAI

D/N 13/08/1998

X

15/06/2018

D



76,3 %

MEMBROS SUP1

X

□





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180451834 **Vítima: WELLYNTON FREITAS SARAIVA**

Data do Acidente: 15/06/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WELLYNTON FREITAS SARAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01951/01952 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13861112