



**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

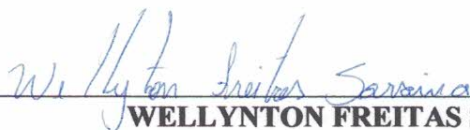
2

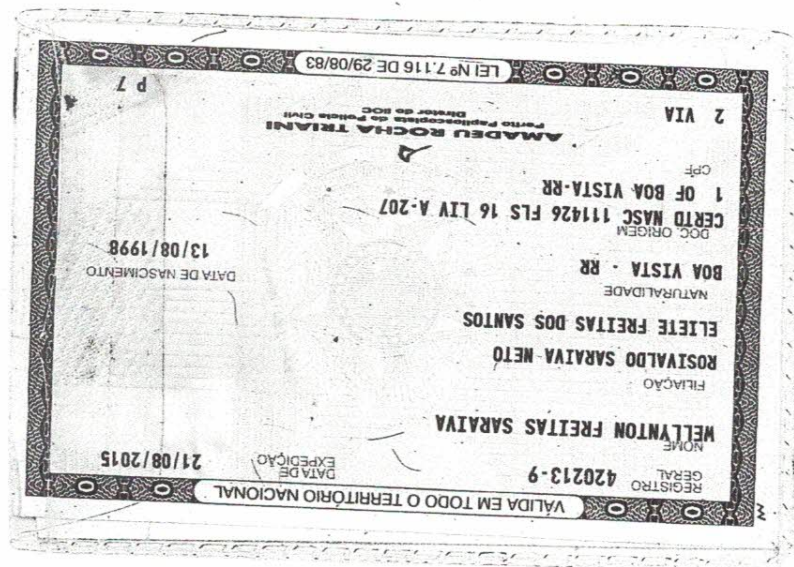
## **PROCURAÇÃO**

**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](mailto: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 judícia**”, 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







**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

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.

CONTAMÊS	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
Forma 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	
ABR/18 170	CONSUMO - 159 A R\$ 0,571207 = 90,82
MAR/18 172	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 02/18-00 0,07
FEV/18 210	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 02/18-00 0,84
JAN/18 0	MULTA POR ATRASO DE I 02/18-00 1,12
DEZ/17 0	JUROS DE MORA POR ATR 02/18-00 0,35
NOV/17 0	MULTA POR ATRASO 02/18-00 2,39
OUT/17 0	JUROS DE MORA DE IMPO 02/18-00 2,27
SET/17 0	ILUMINACAO PUBLICA 18,44
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 reavizadas 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 reavizada(s) no valor de R\$ 116,97 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

04/2018 113,81

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO 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**

	DIG			FIC			DMIC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Recebimento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Período de aplicação	03/2018						R\$ 0,00			

ROT: 8.001.16.15.148910

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

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


SEU CÓDIGO 0086453-6

TOTAL A PAGAR - R\$ 116,30

MÊS FATURADO 05/2018

VENCIMENTO 06/06/2018

83620000001 3 16300075000 6 000000000086 9 45360518008 3





**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

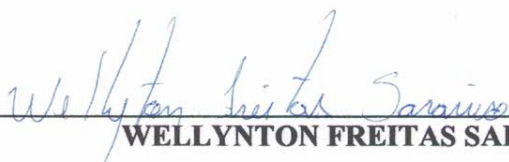
3

## **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, [confiancacst@hotmail.com](mailto:confiancacst@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  
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-Denúnciação 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: <b>WELLYNTON FREITAS SARAIVA</b>	
NOME SOCIAL: PREJUDICADO	
NACIONALIDADE: <b>BRASILEIRA</b>	NATURAL: <b>BOA VISTA/RR</b>
IDADE: <b>20 ANOS</b>	SEXO: <b>MASCULINO</b>
ESTADO CIVIL: <b>SOLTEIRO</b>	COR: <b>PARDA</b>
PROFISSÃO: <b>AUTÔNOMO</b>	ESCOLARIDADE: <b>MÉDIO INCOMPLETO</b>
DOCUMENTAÇÃO: <b>RG. Nº 420213-9 - SSP/RR</b>	TELEFONE: <b>(95) 99171-7753</b>
FILIAÇÃO: <b>ROSIVALDO SARAIVA NETO e ELIETE FREITAS DOS SANTOS</b>	
ENDEREÇO: <b>RUA VEREADOR VALDEMAR GOMES - Nº 1276 - B. PINTOLÂNDIA - BOA VISTA/RR</b>	
DATA/ HORA DO EXAME: <b>10/10/2018, às 11 hora e 25 minutos.</b>	
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:**

- 1ª Há ofensa à integridade física ou a saúde? **SIM.**
- 2ª Qual o instrumento ou meio que a produziu? **CONTUNDENTE.**
- 3ª Foi produzido por meio de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)? **PREJUDICADO.**
- 4ª Houve Perigo de vida? **NÃO.**
- 5ª Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias? **SIM, CONFORME RELATO DO PERICIANDO.**
- 6ª 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: 10/10/2019  
  
Assinatura  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerário de Polícia Civil  
Mat. 042020008

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:

Francisco P. Fortes Jr.  
Médico CRM 385-RR  
Mat. 43002087

IML

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



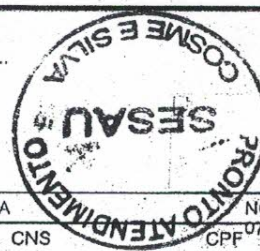


15/06/2018

... 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	WELLYNTON FREITAS SARAIVA	Data Nascimento	13/08/1998	Idade	19 A 10 M 2 D	CNS		CPF	07	Prontuário	03534381203
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	PARDA	Raça/Cor	BOA VISTA - RR	Nacionalidade	BRASILEIRA
IDENTIDADE	00	Mãe	ELIETE FREITAS DOS SANTOS	Pai	ROSIVALDO SARAIVA NETO	Contato	(95) 99174-4124	Ocupação			
Endereço	RUA - S-5 - 398 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR										
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Pronatal						
Motivo do Atendimento	SPA - PRONTO ATENDIM	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão			
Sutor	SUTURA	Tipo de Chegada	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 AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL										
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____ h)	* queda de peso há 1 h, que se resolveu de um peso e punho ① permanentemente protrusos.										
Exame Físico	* Sem outros alterações ao exame físico.										
Hipótese Diagnóstica	itiquia de um e punho ①										
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	① 100mg na 2g (EV) agora										
	② 100mg na 40mg (EV) agora										
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: UGR										
óbito	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação										
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 10/06/2018  
Feliciana Lacerda de Farias  
Gerente Nucleo Samel Fat  
Roraima nº 0232018  
PACS/SESAU

Ass:



1800382048



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	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		CLINICA MEDICA	NOTURNO 19-	5
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário
WELLYNTON FREITAS SARAIVA	13/08/1998		19 A 10 M 3 D		03534381203	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE 00				M		PARDA
Mãe	Pai		Naturalidade		Nacionalidade	
ELIETE FREITAS DOS SANTOS	ROSIVALDO SARAIVA NETO		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço	Contato		Ocupação			
RUA - S-5 - 398 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR		(95) 99174-4124				
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
AMARELO	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA					150 x 100
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por:		
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA			JOSIEL ROSAS		
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
ENC. DA PCS.						
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		
NEGA ALERGIA		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 + corb; encaminhado ao						
Coronário						
Exame Físico						
Dor em articular do pulso, pulso perfere (+)						
Sider						
Hipótese Diagnóstica						
F+ radia distal (+)						
SADT - Exames Complementares						
<input 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		
encando pelo Dr. Aguiar						
Conduta						
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para:		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação		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 / / : :						

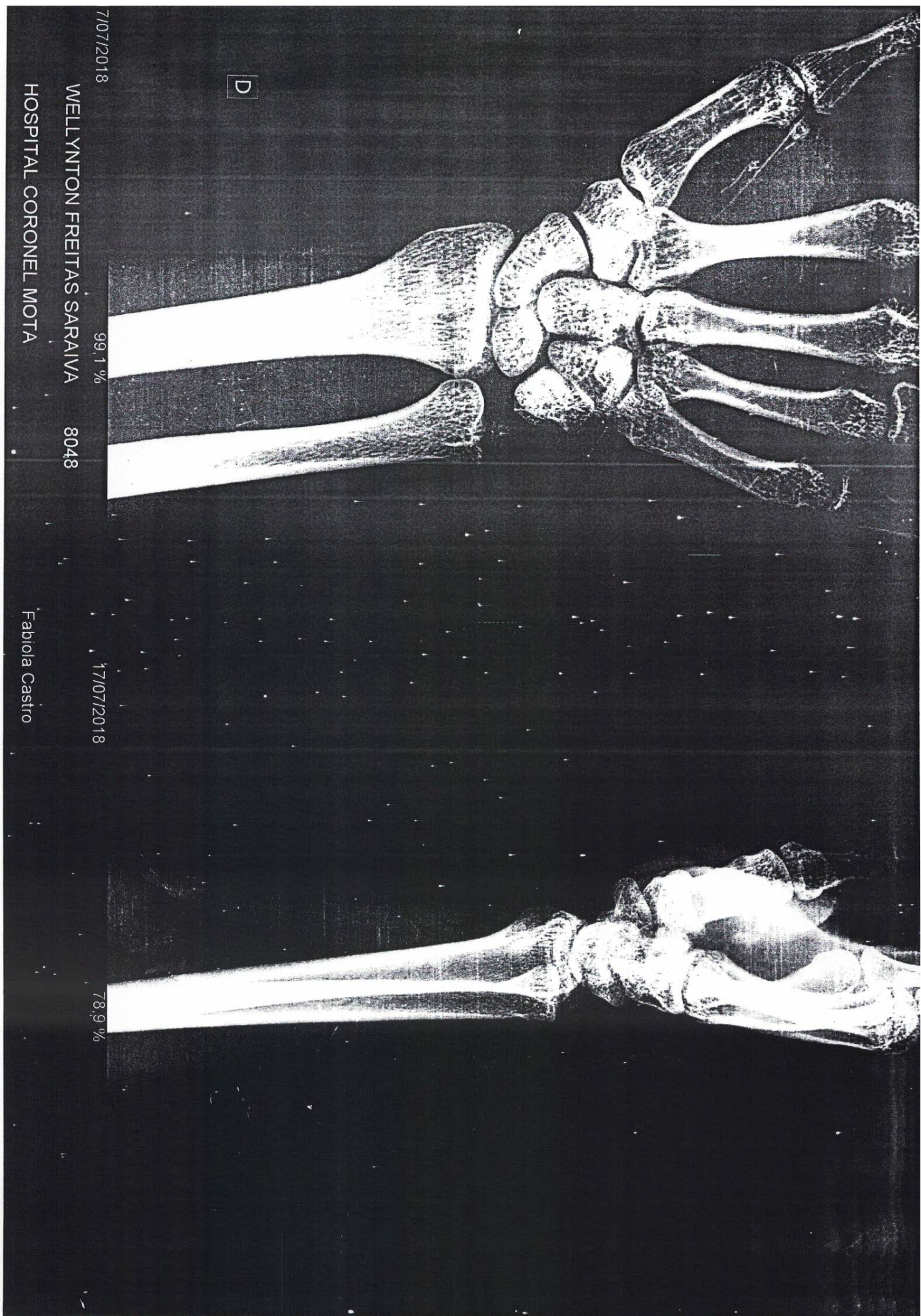
Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

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







7/07/2018

99,1 %

17/07/2018

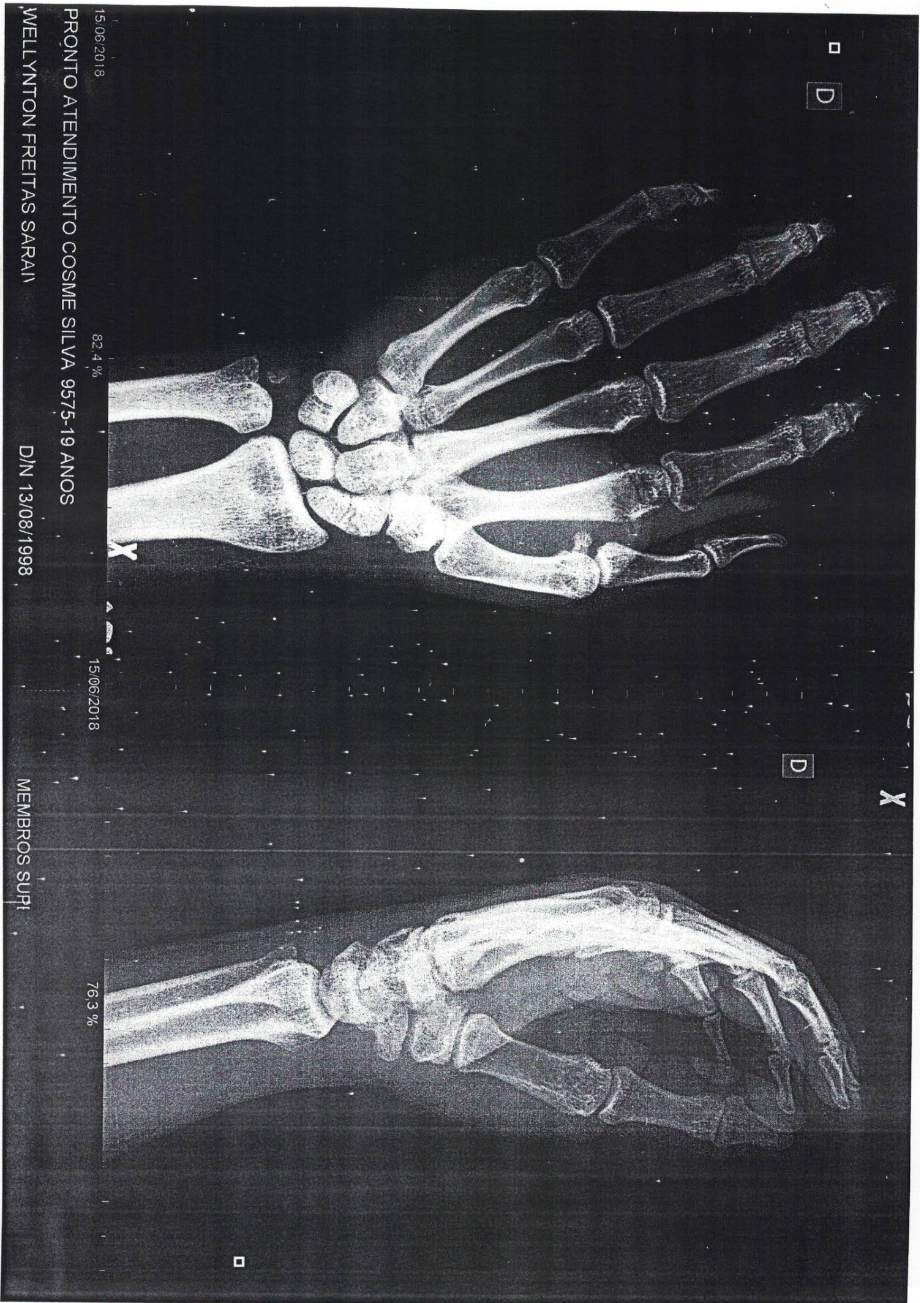
78,9 %

D

WELLYNTON FREITAS SARAIVA 8048  
HOSPITAL CORONEL MOTA

Fabiola Castro













Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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