



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: João Paulo Pereira Pinto, brasileiro, Solteiro, Tec. enfermagem, portador da cédula de identidade nº 4517728, SSP/ RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 689.252.802-30, residente e domiciliado na Rua Peste, nº 43, Bairro Comp. Curviana, nesta Capital, CEP 69.313-348, e-mail: paolopinto42@gmail.com.

OUTORGADO: **MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES**, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. 205-B, e **MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, propor AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA, em desfavor da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, receber alvará e levantar importância em nome do Outorgante em qualquer agência Bancária referente a presente proposta, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15).. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 17 de Setembro de 2018.

João Paulo P. Pinto
Outorgante

Rua Rocilda Moura, nº 415 – Bairro Paraviana – Boa Vista – Roraima – CEP 69.307-290
Telefone/whatsapp (95) 98111-4110 e-mail: marconevesadvogados@gmail.com

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: João Paulo Pereira Pinto
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO Tec. Enfermagem
RG nº. 4517728 SSP-RR
CPF/MF nº. 689.252.802-30
ENDEREÇO: Rua: Iperite, 43, Cruziana.

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, 17/ Setembro de 2018.

João Paulo P. Pinto



Processo
3170/367909

Natureza
INVALIDEZ

Data
13/07/2017

Vítima
JOÃO PAULO PEREIRA PINTO

COMUNICADO IMPORTANTE

Pendência(s)

1. DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

Parecer da Análise Médico Documental enviado por FRANCISCO RAI DA SILVA AZEVEDO (IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA), conforme relatório anexo ao processo. Valor já pago: R\$ 0,00 Valor a pagar: R\$ 0,00 Valor total: R\$ 0,00 Pendenciamento documental: sinistro movimentado automaticamente para o estado de Documentação pendente - aguardando. · Documentação médico-hospitalar - Status: Não Conforme

Nome do responsável

Dep. Alimentação Sistêmica 2



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4517728 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/03/2000

NOME JOAO PAULO PEREIRA PINTO

FILIAÇÃO RAIMUNDO TEIXEIRA PINTO
CACILDA PEREIRA PINTO

NATURALIDADE SANTAREM PA DATA DE NASCIMENTO 24/06/1980

DOC. ORIGEM C. NASC-ALENQUER PA NUM: 6999

CPF 114.4046 FOLH: V43

NAO DOADOR DE ORGAO/TECIDOS

ASSINATURA DO DIRETOR *Ma. da Glória A. Nascimento* 035

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR *João Paulo Pereira Pinto*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *João Paulo Pereira Pinto*

JOAO PAULO PEREIRA PINTO

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 02/06/99

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JOAO PAULO PEREIRA PINTO

Nº de Inscrição 689252802-30 Data do Nascimento 24/06/80

689252802-30



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Numero 34.569

Série 003457A



José Paulo Pereira Pinto
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	João Paulo Pereira Filho
Loc. Nasc.	Santarem
Filiação	Paula da Pereira Lima Aurimundo Pereira Lima
Doc. nº	5.999.999.43.12-046.1.1111
Data	24.03.80
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	
Exp. em	
Obs.	
Data Emissão	24.03.99
Assinatura do Funcionário	Moisés Mendes de Oliveira Estado Agência Os Serviços do Trabalho

46

ANOTAÇÕES GERAIS

(Atestado médico, alteração do contrato do trabalho, registros profissionais e outras anotações autorizadas por lei)

O Portador da presente CP foi admitido

(a) em 22/10/02 por instrumento
escrito, pelo prazo de 45 dias de
experiência, com prorrogação automática
por mais 45 dias, no caso de não ser
reincidido no primeiro vencimento

LIRA & CIA LTDA

Sócio-Administrador

CAER		ATENDIMENTO CAER 0800 280 9520 www.caer.com.br	
CNPJ: 05.939.467/0001-19 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.028.114-4 RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 68.306-410		Matrícula: 1101579 Abril/2017	
Cliente: JOAO PAULO PEREIRA PINTO		Endereço do imóvel: RUA LESTE, NUM 00043 - EQUATORIAL BOA VI STA RR 69017-348	
Inscrição 001.019.758.0298.000	Rota 39	Seq.Rota 3510	Economias RESIDENCIAL
Hidrômetro A13B253453	Data de Instalação 24/01/2014	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (m3)
LEITURA FAT. 447		464	17
LEITURA INF.			34
DT. LEITURA 22/03/2017 25/04/2017			
ULTIMOS CONSUMOS			
201703	13-0		
201702	12-0		
201701	12-0		
201612	12-0		
201611	13-0		
201610	11-0		
MEDIA	12		
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição DECRETO FEDERAL Nº 5440 / 2005 C.M.			
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	CONDUCTIVIDADE
EXIGIDAS	160	160	160
ANALISADAS	201	201	201
CONFORMES	195	201	201
DESCRIÇÃO		CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA		17 m3	39,24
VENCIMENTO: 15/05/2017		TOTAL A PAGAR 39,24	
DECLARAMOS QUE TODOS OS DEBITOS DESSA MATRÍCULA VENCENDO DE 2016			
LEI 12007/09. ACESSE WWW.CAER.COM.BR E IMPRIMA O EXTRATO EM NOSSA LOJA VIRTUAL.			
CAER		MATRÍCULA REFERÊNCIA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR	
82630000000-5 39240003001-1 00110157901-7 04201740003-9		1101579 04/2017 15/05/2017 39,24	
82630000000-5 39240003001-1 00110157901-7 04201740003-9			

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 366/2017/DAT - Boa Vista-RR, em 25/05/2017

COMUNICANTE: JOÃO PAULO PEREIRA PINTO

RG: 4517728 O. EXP.: SSP/RR CPF: 689.252.802-30

ENDEREÇO: RUA LESTE, 43 – CONJUNTO CRUVIANA II

BAIRRO: EQUATORIAL CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO PROFISSÃO: TÉCNICO EM ENFERMAGEM

NATURALIDADE: SATARÉM ESTADO: PA

DATA DE NASCIMENTO: 24/06/1980 IDADE: 36 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 99122-0631 Nº REG. CNH: 03121425707

NOME DO PAI: RAIMUNDO TEIXEIRA PINTO

NOME DA MÃE: CACILDA PEREIRA PINTO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 14:30HS do dia 05/02/2017 na RR-171 - PRÓXIMO A COMUNIDADE DO CONTÃO

O comunicante JOÃO PAULO PEREIRA PINTO, relata que na data, hora e endereço acima descrito, conduzia seu veículo YAMAHA/LANDER XTZ 250, PLACA NAY-5539, CHASSI 9C6KG021090039737, RENAVAL 00188005684, ANO/MOD 2009, de cor PRETA, sentido Boa Vista, quando colidiu em um barranco de areia causando a queda do comunicante onde veio ter fratura do dedo mindinho da mão direita. Que o motivo do BO é para fins de requerimento do SEGURO DPVAT. É o relato

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL E DANOS MATERIAIS
OBSERVAÇÃO:

João Paulo P. Pinto
JOÃO PAULO PEREIRA PINTO

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

[Assinatura]
AGENTE DE POLICIA
Responsável pelo Atendimento

25 MAIO 2017

POLICIA

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

1700720698	05/02/2017 19:29:19	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19- 22	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
JOAO PAULO PEREIRA PINTO		24/06/1980		36 A 7 M 11 D		709804019083992	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		CPF	
IDENTIDADE		4517728		SSP/PA		68925280230	
Mãe		Pai		Estado Civil		Raça/Cor	
CACILDA PEREIRA PINTO		RAIMUNDO TEIXEIRA PINTO		M SOLTEIRO(A)		PARDA	
Endereço		Contato		Naturalidade		Prontuário	
RUA - LESTE - 43 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR		(95) 99122-0631		SANTAREM - PA		68925280230	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade	
ACIDENTE DE MOTO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
GRANDE TRAUMA		URGÊNCIA					
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Temp.	
		DEMANDA ESPONTANEA					
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Síndrome Febril		<input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório		<input 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)							
Paciente vítima de queda de moto hoje às 5 horas, do mto de 150cc, motor 150cc, ref. ao acidente de moto 5 dias atrás.							
Exame Físico		Pulso fraco. Demais normais.					
Hipótese Diagnóstica		Fratura costal sem d. de S. 12da costela					
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		Dor 400mg		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1. Quorcom 400mg 12h				12h + 12h			
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: UTI		<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação			
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