



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

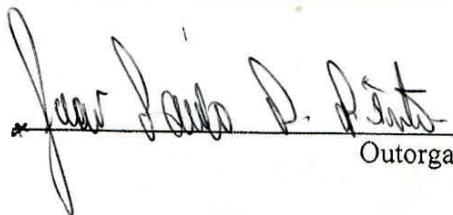
OUTORGANTE: João Paulo Pereira Pinto, brasileiro,
Solteiro, Ter. enfermagem, portador da cédula de identidade
nº 4517728, SSP/ RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº
689.252.802-30, residente e domiciliado na Rua
10este, nº 43, Bairro
centro, Paraviana, nesta Capital, CEP 69.313-348, e-
mail: paulopintogr42@gmail.com.

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, constitui 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 Bancaria 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 Pereira Pinto
Outorgante

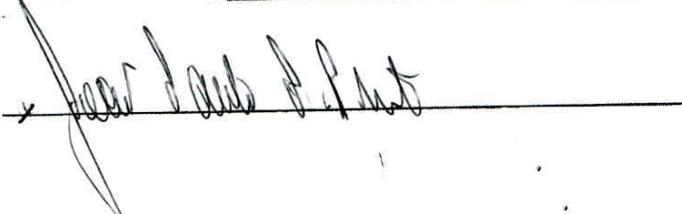
Rua Rocilda Moura, nº 415 – Bairro Paraviana – Boa Vista – Roraima – CEP 69.307-290
Telefone/whatsapp (95) 98111-4110 e-mail: marconevesadvogados@gmail.com

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: gean Paulo Pereira Pinto
ESTADO CIVIL: Solteiro **PROFISSÃO:** Tec. Enfermagem
RG nº: 4517728 **SSP-RR**
CPF/MF nº: 689.252.802-30
ENDEREÇO: Rua: Iperte, 43, Cuijiana.

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.



28/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Proevo DPVAT | Carta de pendência

<http://acs.proevodpvat.com.br/cartaPendencia.php?token=X101R...>



Processo
3170/367909

Natureza
INVALIDEZ

Data
13/07/2017

Vítima
JOÃO PAULO PEREIRA PINTO

COMUNICADO IMPORTANTE

Pendência(s)

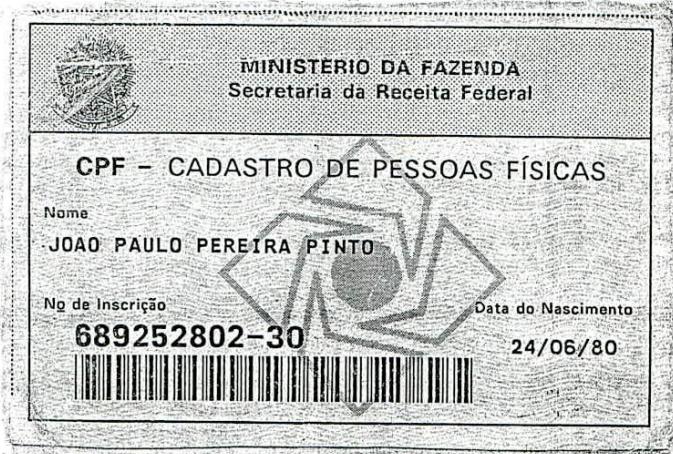
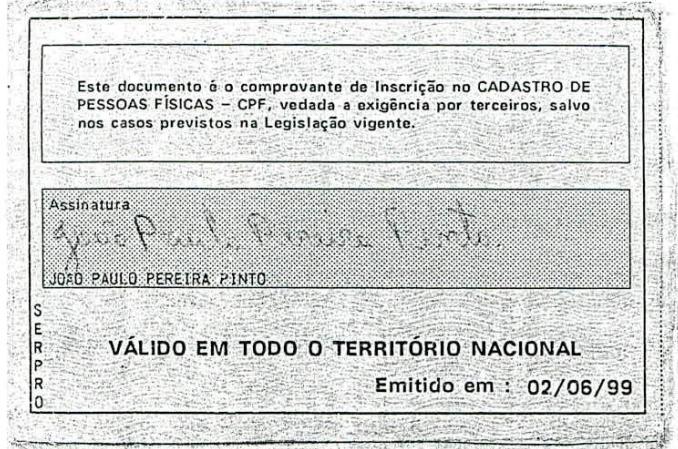
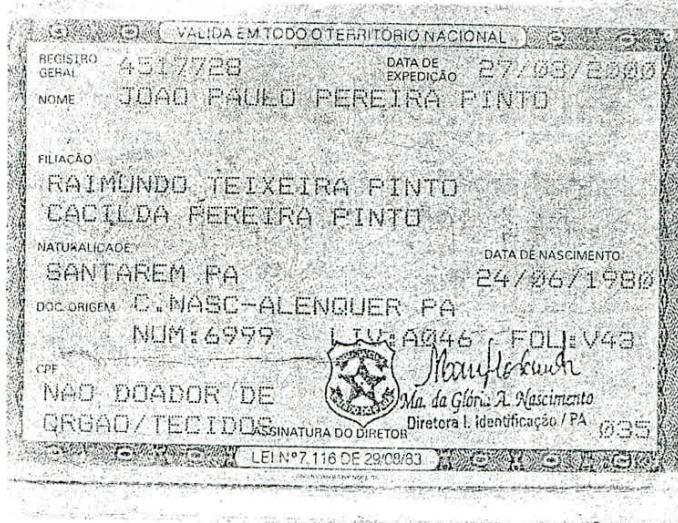
1. DOCUMENTAÇÃO MÉDICO-HOSPITALAR

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 médica-hospitalar - Status: Não Conforme

Nome do responsável

Dep. Alimentação Sistêmica 2

marco Antonio Salviato Fernandes Neves:03587203709,
28/03/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição





QUALIFICAÇÃO CIVIL	
<p>Nome <u>João Paulo Mendes de Oliveira</u></p> <p>Loc. Nasc. <u>Santos</u> Data. <u>24.08.90</u></p> <p>Filiacao: <u>João Pedro Mendes de Oliveira</u></p> <p>Documento <u>Passaporte</u> Doc. n° <u>6.994.431.4-0461</u></p>	
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em.....	Doc. Ident. n°.....
Exp. em.....	Estado.....
Obs.	DRF.....
Data Emissão. <u>29/03/99</u>	
<p><u>João Pedro Mendes de Oliveira</u> Assinatura do Funcionário <small>Caixa Econômica Federal - Rio de Janeiro</small></p>	



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 22/10/01, por instrumento
escrito, pelo prazo de 45 dias de
experiência, com prorrogação automática
por mais 45 dias, no caso de não ser
reincidente no primeiro vencimento

LIRA & CIA LTDA

Sócio-Administrador



CAER
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA

ATENDIMENTO
CAER
0800 280 9520
www.caer.com.br

Matrícula: 1101579 | Data: Abr/17/2017

Cliente: JOÃO PAULO PEREIRA PINTO | Endereço do Imóvel: RUA LESTE, NUM 00043 - EQUATORIAL BOA VI
STA RR 69317-348

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 (m ³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.	447	464	17
LEITURA INF.			34
DT. LEITURA	22/03/2017	25/04/2017	

ULTIMOS CONSUMOS

DATA	VALOR
2017/03	13,8
2017/02	12,9
2017/01	12,8
2016/12	12,8
2016/11	13,8
2016/10	11,0
MÉDIA	12

ANALISES DE ÁGUAS DA REDE DE DISTRIBUIÇÃO (Consumo)

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	IC-TOTAL	ESCOLHIDA
EXISTIDAS	160	160	160	160	160
ANALISADAS	281	281	281	281	281
CONFORMES	195	201	281	281	281

DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL (RS)

AGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE AGUA 17 M³ 39,24

VENCIMENTO: 15/05/2017 | TOTAL A PAGAR: 39,24

DECLARAMOS QUE TUDO DESSA MATRÍCULA CONFORME LEI 12007/09. ACESSE WWW.CAER.COM.BR E IMPRIMA O EXTRATO EM NOSSA LOJA VIRTUAL.

Via do Cliente

Via da CAER

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1101579	0472017	15/05/2017	39,24

8263000000-539240004001-100110157901-704201740003-9

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 N° 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, RENAVAN 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:

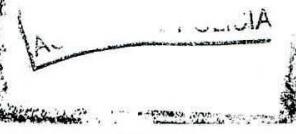

JOÃO PAULO PEREIRA PINTO

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-denunciaçāo caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

 AGENTE DE POLICIA Responsável pelo Atendimento DAT	•	•
---	---	---

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	CPF	Prontuário
JOAO PAULO PEREIRA PINTO		24/06/1980	36 A 7 M 11 D	709804019083992	68925280230	
Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade			
IDENTIDAD 4517728	SSP/PA	27/03/2000	M	SOLTEIRO(A) PARDA	SANTAREM - PA	
Mãe	Pai		Contato			
CACILDA PEREIRA PINTO	RAIMUNDO TEIXEIRA PINTO		(95) 99122-0631			
Endereço			Ocupação			
RUA - LESTE - 43 - EQUATORIAL - BOA VISTA - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validado	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA					
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		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)						
Paciente utente de gesso se noto hoji noz ± 5 horas, do mês de anamnese, milted, nenhuma incompatibilidade fechou 5 dias ou mês. (2).						
Exame Físico	Qntos gessos. O demais dano.					
Hipótese Diagnóstica						
Fractura cubi fémur dR S'adu n +						
SADT - Exames Complementares						
_____) RAIO-X _____) ULTRA-SON _____) TC _____) SANGUE _____) URINA _____) ECG _____) OUTROS:						
PRESCRIÇÃO			04/02/2019		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1. Quoxicrom hoy (E) ECG			h Tch + par			
11 MAR 2019						
Assinatura: Dr. Camila Andrade CRM: 10222-0620 Av. Brdg. Eduardo Gomes, 3308 Novo Prédio 5º andar - Centro Autenticado						
JESUSA VIEZAGUIRRE Ortopedia Traumatologia C.A.M. 30/03/2019						
Conduta	(_____) Alta por Decisão Médica (_____) Alta a Pedido (_____) Alta a Rovelha (<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: utopci) Cópia e da fechou a apresenta Cópia e foi apresentado neste hospital					
Óbito	(_____) Ambulatório (_____) Observação (Até 24h) (_____) Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : : : :					
Antes do 1º Atendimento? (_____) Sim (_____) Não	Destino: (_____) Família	(_____) IML. Anatomia Patológica / / : : :				
Assinatura do Paciente ou Responsável						
Carimbo e Assinatura do Médico Dr. Camila Andrade Médica						