



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Outorgante: VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES, ID Nº 175596 SSP/RR, CPF Nº 511.986.222-53, brasileiro, casado, desempregado, residente na av General Ataíde Teive nº 7038/1, Bairro: Dr: Silvio Leite, CEP: 69.314-292, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 98412-2699, confiançacst@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, 23 de abril de 2019.


VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1090455998

NOME
VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
175596 SSP RR

CPF
511.986.222-53

DATA NASCIMENTO
08/05/1978

FILIAÇÃO
CLARICE CASTRO SOUSA

PERMISSÃO
2

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03634929215

VALIDADE
26/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
01/07/2005

OBSERVAÇÕES
Exerce ativ remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR
Vorney Castro Chaves Chaves

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO
27/10/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
Quandeiros
DETRAN-RR (RORAIMA)
55235754066
RR208618031

PROIBIDO PLASTIFICAR
1090455998

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0111915-0

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 360/13

Nº da Nota Fiscal 001643351

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	06/11/2018	93	88,87

FERNANDA VIEIRA
AV GEN ATAIDE TEIVE 7038 1 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00063522586204
CER: 69.314-292 - BOA VISTA

RQT: 11.001.19.09.698203

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	9036	Atual:	18/10/2018
Anterior:	8943	Anterior:	18/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	19/11/2018
Consumo Medido:	93	Emissão:	17/10/2018
Consumo Faturado:	93	Apresentação:	18/10/2018

FCAM

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA		MÉDIA 12 MESES	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	BI	11EDB06267N	1425326
		Código Fat.	1.1.1.2
			95

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo		
SET/18	79	CONSUMO	93 A R\$ 0,569048 = 52,92
AGO/18	82	CORREÇÃO MONETARIA DA 07/18-00	0,25
JUL/18	92	CORREÇÃO MONETARIA IGPH (2X)	0,97
JUN/18	104	MULTA POR ATRASO DE IL. PUBLIC	2,53
MAI/18	90	JUROS DE MORA POR ATRASO DE IL	0,65
ABR/18	76	MULTA POR ATRASO (2X)	1,95
MAR/18	10	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	1,16
FEV/18	78	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	28,44
JAN/18	137		
DEZ/17	138		

TARIFA SEM TRIBUTOS
0 A 93 - 0,456170

MESSAGENS IMPORTANTES

Mes/Ano 09/2018 Valor R\$ 72,99

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2018. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERÁ SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 9EBB.F530.FBA8.93CC.FBE3.05A8.B6AA.653E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	15,94	Base de Cálculo:	52,92
Energia:	25,50	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	8,99
Encargos:	1,06	Valor do PIS:	0,25
Tributos:	10,42	Valor do COFINS:	1,18

INDICADORES DE CONFIABILIDADE			
Índice de Qualidade	8,85	Índice de Interrupção	17,70
Índice de Perda	3,03	Índice de Satisfação	8,46
		Índice de Segurança	16,92
		Índice de Manutenção	33,84
		Índice de Atendimento	4,82
		Índice de Cobertura	8,00
		Índice de Eficiência	1,23
		Índice de Sustentabilidade	08/2018
		Índice de Inovação	18,25

FLORESTA



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

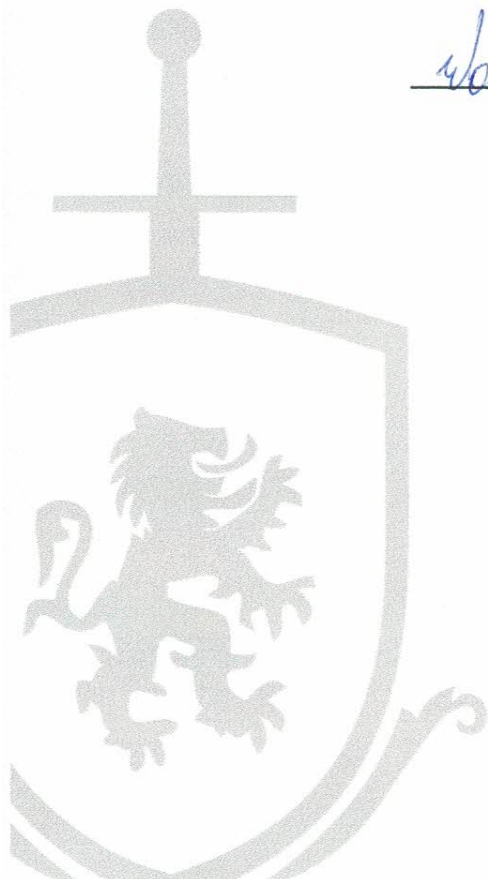
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu **VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES**, ID Nº 175596 SSP/RR , CPF Nº 511.986.222-53, brasileiro, casado, desempregado, residente na av General Ataíde Teive nº 7038/1 , Bairro: Dr: Silvio Leite, CEP: 69.314-292, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 98412-2699, confiançast@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, 23 de abril de 2019.


VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000501/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/01/2019 12:29

Data/Hora Fim: 07/01/2019 12:38

Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 05/11/2018 17:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Cidade Satélite

Logradouro: Avenida Vila Jardim

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: MA - Santa Luzia

Sexo: Masculino

Nasc: 08/05/1978

Profissão: Motorista

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Clarice Castro Sousa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 175596

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 511.986.222-53

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Ataíde Teive

Nº: 7038

Bairro: Sílvia Leite

Telefone: (95) 98412-2699 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 511.986.222-53	Placa NAQ4554
Renavam 00529315432	Número do Motor NC49E1D004022
Número do Chassi 9C2NC4910DR004022	Ano/Modelo Fabricação 2013/2013
Cor AMARELA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/CB 300R
Modelo HONDA/CB 300R	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 14/08/2018	Restrições REST BEN TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Vorney Castro Chaves Chaves	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Erico Wallace Bessa Rocha
Data de Impressão: 07/01/2019 12:39
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

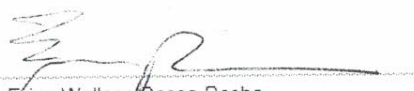
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000501/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Vila Jardim, sentido bairro, conduzindo a motocicleta acima descrita, quando foi "fechado" por um taxi lotação, cuja placa não sabe informar. Que colidiu com o veículo, caiu e sofreu lesões corporais. Que foi socorrido pelo SAMU. Que **NAO DESEJA REPRESENTAR** criminalmente. Que registra **SOMENTE** para fins de seguro DPVAT. Era o relato.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Vorney Castro Chaves Chaves
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) 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."

DAT

JAN. 2019

ADJUNTO DE
COM

FICHA DE ATENDIMENTO N° **2261**

Bravo III UNIDADE: **Equipe Samu** **Ser Wilkens e Bruch**

Paciente: **VORALDI CASIRO CHAVE** Idade: **40** Sexo: **M.**

Nacionalidade: **Brasileira** **Raça:** **Branca** **Negra** **Parda** **Amarela** **Indígena** **Etnia**

Endereço: **Av. Jardim, V.P. Do lado direito** **Bairro:** **Vila Jardim**

N° **70684** DATA **05/11/18** HORA J/9: **17:25** BASE: **X** VIA: **()** **(X) RÁDIO**

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: **Dr. Ciro** HORA J/10: **17:36** **(X) CELULAR**

SOCORRO **(X)** **TRANSPORTE** **()** **ATENDIDO NO LOCAL** **()** **OUTRO** **17:50**

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () 1 a 3 horas () 4 a 24 horas () Mais de 24 horas () Não sabe ()

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL **AUTOMÓVEL** **VIOLÊNCIA** **OUTROS**

Capotamento **Uso do cinto** **FAB** **Ac. De Trabalho** **Local** **Trajetos**

Atropelamento **Vítima projetada** **FAF** **Queda, Altura aprox.:**

Colisão AUTO x **Vítima encarcerada** **Espancamento** **Acidente Doméstico**

Motorista **Air Bag Acionado** **Violência Doméstica** **Queimadura Agente**

Passageiro Banco dianteiro **Colisão MOTO X** **Violência Sexual** **Afogamento**

Passageiro Banco traseiro **Queda de moto** **Tentativa de suicídio** **Agressão animal**

PEDESTRE **Atropelamento** **Outro:** **Tramcar**

Atropelamento **Queda de Bicicleta** **Outro:**

VIA **CALÇADA** **Garupa**

VIAS AÉREAS **VENTILAÇÃO** **CIRCULAÇÃO** **AV. NEUROLÓGICA**

Libre **Apnéia** **Bradicardia** **AVDN**

Obstrução Parcial **Dispnéia** **Taquicardia** **Miose**

Obstrução Total **Bradipnéia** **Arritmico** **Midriase**

Corpo estranho **Taquipnéia** **Enchimento capilar acima de 2"** **Anisocoria** **D** **E**

Edema de Glote **Roncos** **Ausente** **Aparentemente Alcoolizado**

Outro: **Sibilos** **Cianose central** **DNV**

Respiração paradoxal **Cianose de extremidade**

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora **17:45** P.A mm/hg **130x90** F.C Bpm **72** F.R Mpm **22** Sat O₂ % **99** T. Axilar °C **—** Glicemia **130** Esc. visual "DOR" **09** APAGAR **—**

Fim **18:02** P.A mm/hg **130/80** F.C Bpm **92** F.R Mpm **20** Sat O₂ % **99** T. Axilar °C **—** Glicemia **130** Esc. visual "DOR" **—** APAGAR **—**

AV. SECUNDÁRIA

Pele **Cabeça** **Face** **Pescoço** **Tórax** **Abdome**

Corada **Contusão** **Contusão** **Escoriações** **Escoriações** **Escoriações**

Quente **Escoriação** **Escoriações** **Lacerações** **Lacerações** **Lacerações**

Pálida **Laceração** **Escoriações** **Hematoma** **Tórax Instável** **Distendido**

Fria **Hematoma** **Ferimento ocular** **Desvio da traquéia** **Tamponamento** **Em tábua**

Úmida **Afundamento** **Luxação** **Enfisema subcutâneo** **Ferida Aspirativa** **Doloroso**

Seca **Fer. penetrante** **Mandíbula** **Cianose** **Empalamento** **Evisceração**

Cianótica

Pelve **Coluna Dorsal** **MMSS** **MMII** **QUEIMADURAS**

Contusão **Contusão** **Contusão** **Contusão** **CABEÇA** **PESCOÇO** **TÓRAX** **ANTERIOR** **TÓRAX POSTERIOR** **GENITALIA** **MSD** **MSE** **MID** **MIE** **TOTAL %**

Escoriações **Hematoma** **Escoriações** **Escoriações** **1°** **2°** **3°**

Dor **Dor** **Luxações** **Luxações** **Fratura** **Amputação**

Instabilidade **Escoriações** **Lacerações** **Lacerações** **Fratura** **Amputação**

AV. CARDÍACA **AFEÇÃO CLÍNICA** **HISTÓRIA PREVISSA**

Ritmo Sinusal **Fibrilação atrial** **Respiratória** **Digestiva** **Diabetes** **Alergias**

Taquicardia **Fibrilação ventricular** **Neurológica** **Infecciosa** **Cardiopatia** **Outros**

Bradycardia **Assistolia** **Psiquiátrica** **Obstétrica** **HAS**

Filiter **Cardiovascular** **Aborto** **Medicação de uso**

GRAVIDADE COMPROVADA **ILESO** **PEQUENA** **MÉDIA** **SEVERA** **LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA**

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) **MULTIPLS MEIOS ACIONADOS**

INCIDENTE **Cancelamento** **Polícia Militar** **GUARDA MUNICIPAL**

Recusa de Atendimento **Guarda Municipal** **SMTRAN**

Não se encontrava no local **Bombeiro** **Outros:**

Recusa de hospitalização **Trote** **Bombeiro no local:**

RGP **Iniciada as:** **Término as:** **OBSERVAÇÕES**

RCP com sucesso **RCP sem sucesso** **Obs.:**

DESTINO **Atendido no local** **Pol. Cosme e Silva - PCCS** **Hosp. Das Clínicas/RR - HCR**

Trauma HGR **Hosp. Santo Antônio - HCSCA** **Hosp. Lotte Iris - HLI**

Pronto Atendimento **Coronel Mota** **Outros**

PERTINENTE DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
TERMO DE RECUSA	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:
	TESTEMUNHA 01:	RG:
	TESTEMUNHA 02:	RG:

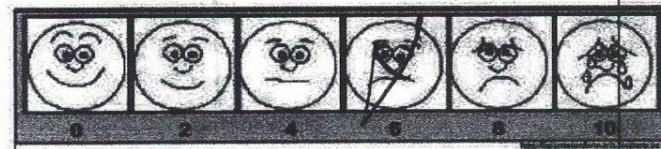
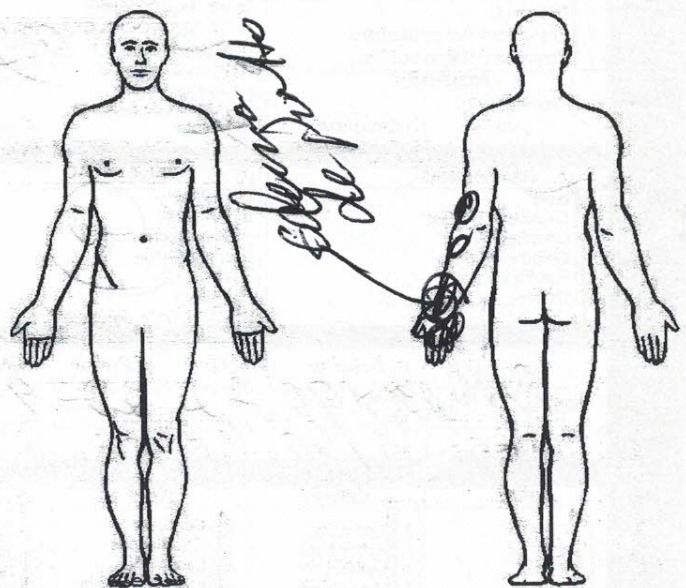
acompanhante - esposa - EDMAR de Santos Chaves e esposa.

IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____

Perda de líquido: _____ BCF: _____

[] Com cartão [] Sem cartão

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	3
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ao Som	2
Abertura ocular após estimulação da extremidade dos dedos	A Pressão	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Verbal		Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	3
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	2
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	1
Apenas gemidos	Sons	1
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	3
Elevar a mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	2
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente não anormal	Flexão normal	3
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	1
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não testável	NT



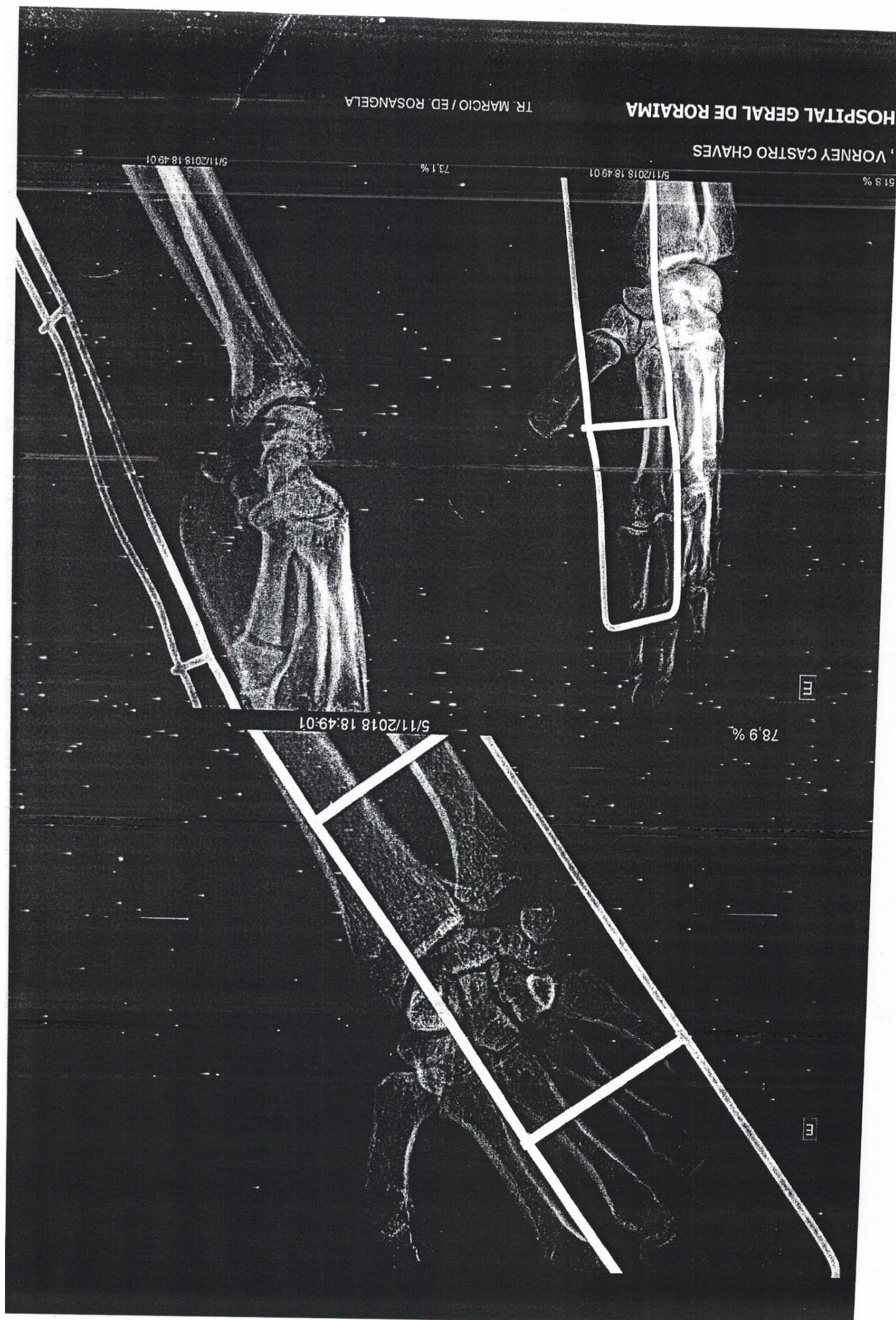
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

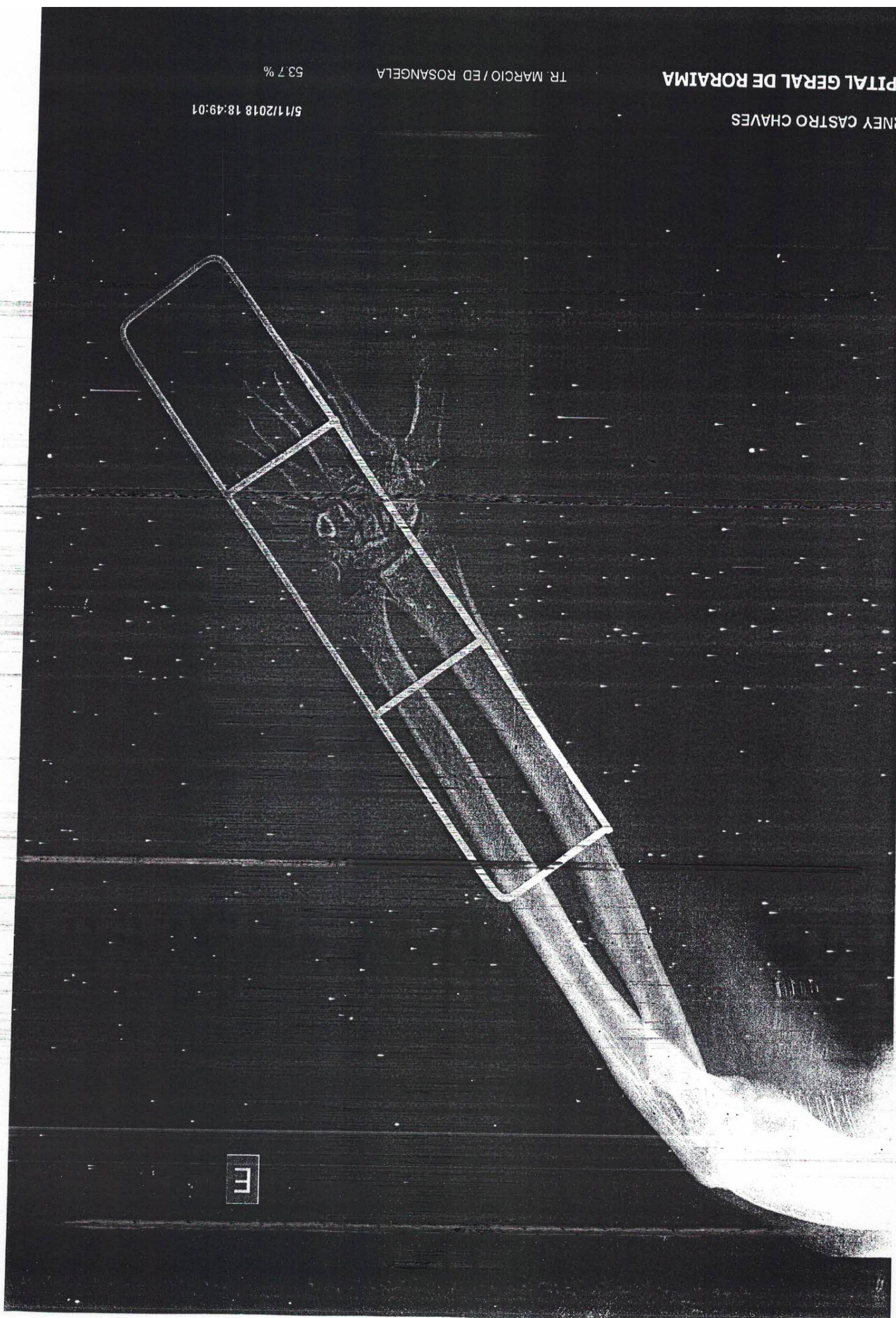
Olio após - HAJ colisão com xuxofa - Piloto de capacidade - encontrado em Desembo do Brasil. Alergia / NRG + / ESW preservados - Apresentando os sintomas em NRG + com luxação em punho. Realizado protocolo de RSG na e mobilização do punho. Infundido ao NRG 193 que foi encaminhado ao G. H. B. P. Avaliação e consulta com monitoragem contínua e S/P no transporte.

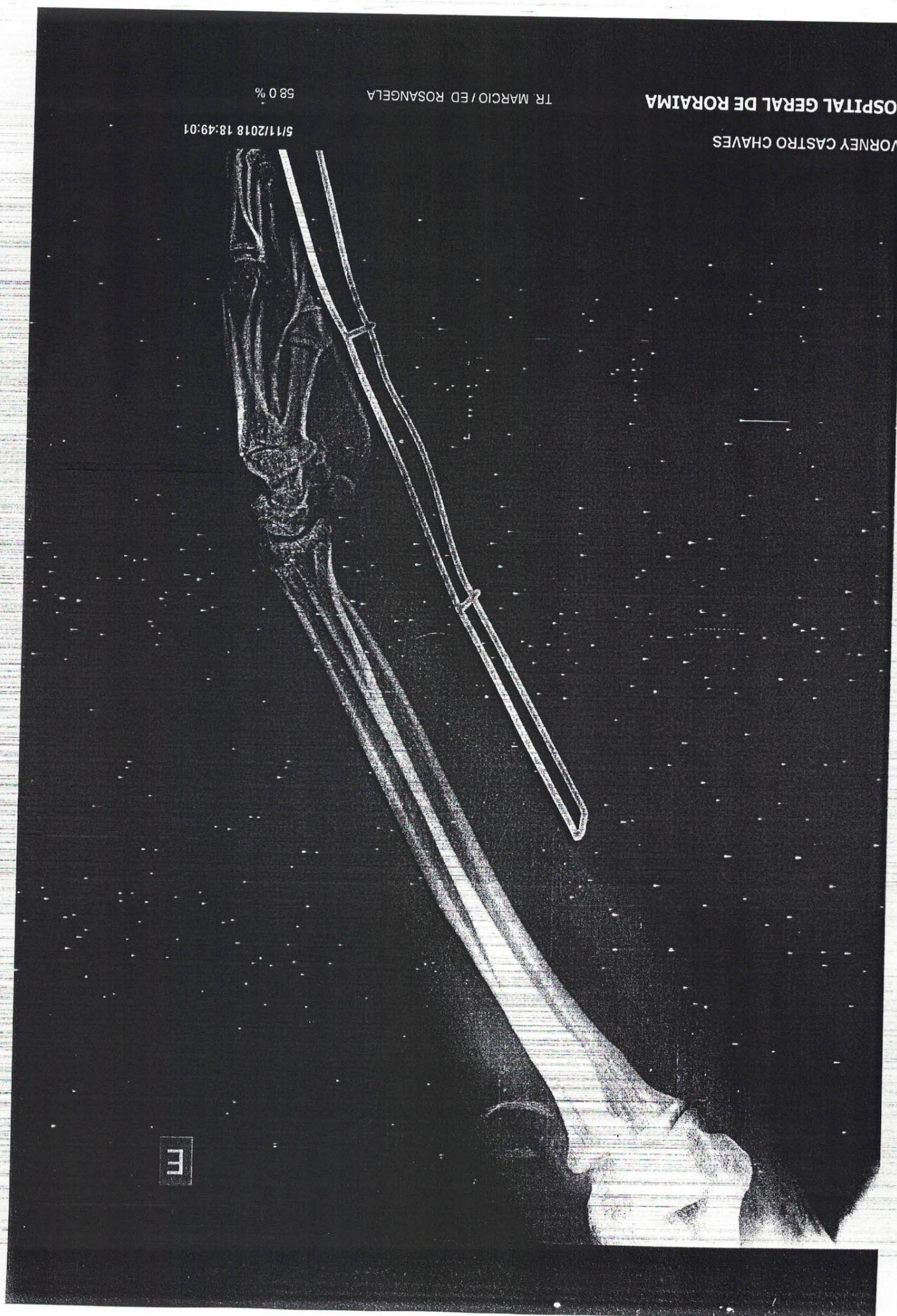
SAMU 1234
CONF. E. H. C. M.
Em 07/12/18
Stephanie
Pública

Teo Brasil
GAT. Coração - 836548
Assinatura e carimbo do profissional

		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 ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1801031315 05/11/2018 18:08:11				FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 30			
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS		CPF		Prontuário	
VORNEY CASTRO CHAVES		08/05/1978		40 A 5 M 28 D		700002941532603					
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo		Estado Civil	
IDENTIDADE		M		M		M		M		M	
Mãe		Pai		Raça/Cor		Naturalidade		Nacionalidade			
CLARICE CASTRO SOUZA				PARDA				BRASILEIRA			
Endereço		Contato									
VILA - JARDIM - 203 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		(95) 99136-6412									
Ocupação											
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
MOTIVO DO ATENDIMENTO		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA									
Setor		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
GRANDE TRAUMA		DEMANDA ESPONTANEA									
Tipo de Chegada		Procedimento Sol.									
REGISTRADO POR											
FRANCILENE SILVA											
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)											
Acidente de motocicleta											
Exame Físico											
Exame + dor em M5D											
Hipótese Diagnóstica											
Trauma											
SADT - Exames Complementares											
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO				OBSERVAÇÃO			
DDIPRONA 1g (EV)				Ortopedia				1º atendimento			
DTILATIL 20mg (EV)				Ferro verde para				Fígado			
				Tratamento com							
Conduta											
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório							
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)							
☐ Alta a Revelia				☐ Internação							
☒ Transferência para: ORTOPEDIA				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							
				Dr. Lael da Silva							
				Dr. Paulo Jefferson de Machado							
				Ortopedia Traumatologia							
				1801031315							







SINISTRO 3190119084 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VORNEY CASTRO CHAVES CHAVES
COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO VORNEY CASTRO CHAVES
CHAVES

CPF/CNPJ: 51198622253

Posição em 26-02-2019 09:50:02

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.