



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Geraldo Marcenilio Teixeira, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Agricultor,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRC 84860 SSP/RR e inscrito(a) no
CPF/MF nº 323.000.482-68 residente e domiciliado (a) na
Av: Brasil, nº 514, Bairro:
Centro, no município Boa Vista /RR,
telefone: 3534-1025, E-mail: _____,
vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na
Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa Vista - Roraima, por este instrumento
particular nomeia e constitui seus procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Roraimópolis /RR 15 de Julho de 20 19

Geraldo Marcenilio Teixeira

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

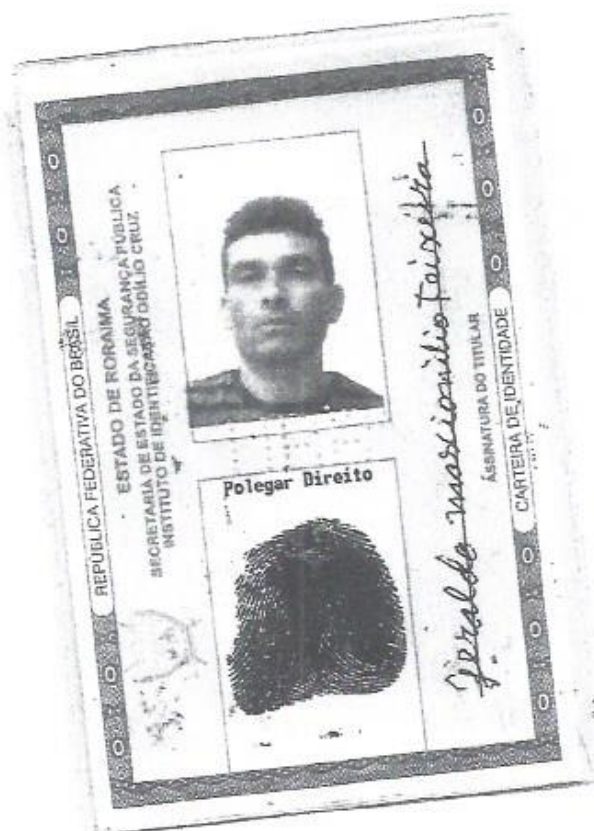
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: Geraldo Mascionilio Teixeira,
estado civil casado, RG nº 84860, e CPF
nº 323.000.182-68, residente e domiciliado (a) na
AV: Brasil, s/nº Bairro:
Centro, Cidade Entre Rios
- Roraima, telefone (95) 3534-1025.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Roraimópolis - RR, 15 de Julho de 2019.

Geraldo Mascionilio Teixeira
DECLARANTE





Estado de Roraima
Justiça do Estado de Roraima
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
Av. Ataliba Gomes de Laia, 2506 - Centro
São Luiz do Anauá - Roraima
TELE/FAX: 0(xx)95 3537-1022
Francisco Félix - Oficial



CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o Nº: **1950**, às Fls. **150**, do Livro nº: **B-07**, do Registro de Casamento, verifiquei constar que no dia 16 de novembro de 2009, foi realizado o casamento, de: **GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA** e **MARIA APARECIDA SANTOS SILVA**, contraído perante a Juíza de Direito Dra. Tânia Maria Vasconcelos Dias, e as testemunhas: **Cristiane de Oliveira Souza** e **Samuel dos Santos Souza**. **ELE**, nascido ao(s) **6 de março de 1968**, em **Mantena/MG**, profissão: agricultor, domiciliado e residente em **Vila Entre Rios-Caroebe/RR**, filho de **JOSÉ MARCIONILIO TEIXEIRA** e **MARCOLINA ALVES TOLEDO**. **ELA**, nascida ao(s) **5 de junho de 1974**, em **Cárcere/MT**, profissão: agricultora, domiciliada e residente em **Vila Entre Rios-Caroebe/RR**, filha de **JOAQUIM ANTONIO DA SILVA** e **ANA DA SILVA**, a qual passou assinar-se **MARIA APARECIDA SANTOS**. Foram apresentados os documentos exigidos pelo art. 1525, nº I, III, IV Código Civil Brasileiro.

Observação: O presente casamento foi realizado sob o regime de **COMUNHÃO PARCIAL DE BENS**.

O referido é verdade e dou fé.

Vila Entre Rios-Caroebe/RR, 16 de novembro de 2009


OFICIAL

Ramon Carvalho Nascimento
Escrevente Autorizado

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este número: **0545722-0**

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Garcia, 684 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Sino 9-1
Pessoa Especial da Imprensa autorizada pela SEFAZ RR/MS

Nº da Nota Fiscal: **000014476**
A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

AGOSTO/2017 25/08/2017 194 80,44

MARIA APARECIDA SANTOS SILVA
AV BRASIL CENTRO
CPF: 00062216/75215
CEP: 69.378-000 - ENTRE RIOS

ROT: 202.065.02.52.253000

DADOS DE FATURAMENTO		DADOS DA LEITURA	
Atenc:	5577	Atenc:	09/08/2017
Anterior:	5383	Anterior:	07/07/2017
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/09/2017
Consumo Medido:	194	Então:	09/08/2017
Consumo Estimado:	194	Assinatura:	09/08/2017
	FCAH		33

NORMAL				UNIDADE DE CONSUMO	
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fnt	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	100004978		1.1.1.1	173

HISTÓRICO ANUAL		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	194 A R\$ 0,406373 = 78,83
JUL/17	170	MULTA POR ATRASO 06/17-00	1,29
JUN/17	159	JUROS DE MORA DE IMPO 06/17-00	0,32
MAI/17	177		
ABR/17	147		
MAR/17	141		
FEV/17	198		
JAN/17	178		
DEZ/16	177		
NOV/16	174		
OUT/16	172		
TARIFA SEM TRIBUTOS: U H 194 - 0,337200			

ATENÇÃO: IMPORTANTE PARA O DESENVOLVIMENTO

Hes./Ano 07/2017 Valor R\$ 76,95

Unidade consumida sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 14 de maio de 2017. O recuo permanente por falta de pagamento também é incluído no nome do consumidor na CEN-CH, caso tenha afetado o pagamento favor descongelar este aviso.

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LRV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECBENSAADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO L 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 5630.9718.D720.SDD4.?

COMPOSIÇÃO DA UNIDADE - R\$	
Distribuição:	27,78
Energia:	36,94
Transmissão:	0,00
Encargos:	0,71
Tributos:	13,40

0,00 0,00
0,00

#ZIKAZERO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DA BALIZA
 "Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



DADOS DO REGISTRO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM Nº 0991/2017	DELEGADO: <i>Delegado da Unidade</i>
DATA: 24-11-2017	ATENDENTE: <i>Gilmar de Oliveira Lima</i>
HORA: 10h00min.	LOCAL, DATA E HORA: Vicinal 010, km 20, Entre - Rios, Caroebe - RR, em 01-09-17, por volta das 17h40min.

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: Geraldo Marcionilio Teixeira
 END: O MESMO ABAIXO CITADO

RG: 84.860/RR CPF: 323.000.182-68

DADOS DA VITIMA

NOME: Geraldo Marcionilio Teixeira

RG: 84.860/RR

CPF: 323.000.182-68

END: Avenida Brasil, s/nº, próximo à Escola Padrão, Mirian, Entre - Rios, Caroebe - RR.

FILIAÇÃO: José Marcionilio Teixeira / Marcolina Alves Tolêdo

GRAU DE INST: Ensino Fundamental Completo APELIDO: n/t

COR/IDADE: Parda, 49 anos PROFISSÃO: Agricultor

DATA DE NASCIMENTO: 06-03-1960 FONE: (95) 3534-1025(Restaurante do Zil).

NATURALIDADE: Mantena - MG CNPJ:

DADOS DO ACUSADO

NOME: RG: CPF:

END:

FILIAÇÃO:

GRAU DE INST: APELIDO:

COR/IDADE: PROFISSÃO:

DATA DE NASCIMENTO: FONE:

NATURALIDADE: NACIONALIDADE:

DADOS DA INFRAÇÃO

CÓD. INFR.	INFRAÇÃO	QUALIFICAÇÃO A TIPIFICAR

BREVE RELATO DOS FATOS: (O) A vítima relata que no local, dia e horas acima citada, conduzia a motocicleta **Honda CG 160 Titan Ex ano e modelo 2015/2016**, cor **branca**, placa **NBA 2778**, propriedade de **Jackson da Silva Saverio**. Que derrapou em cascalhos na estrada, vindo a cair e fraturar a clavicula lado direito. Que a vitima foi socorrido ao Posto de Saúde de Entre - Rios e em seguida ao hospital de Caroebe, sendo posteriormente encaminhado ao hospital de Rorainópolis. Este BO é para fins de Seguro DPVAT. É o breve relato.

Geraldo Marcionilio Teixeira
 COMUNICANTE

Gilmar de Oliveira Lima
 ATENDENTE

OBS: Comunicante/vítima fica intimada a comparecer nesta delegacia no dia, às hmin.

AVISO: 1 - SOLICITAMOS QUE CASO OBTENHA NOVAS INFORMAÇÕES QUE AJUDEM NAS INVESTIGAÇÕES COMPAREÇA A ESTA DELEGACIA;
 AVISO: 2 - O comunicante é responsável pelas declarações prestadas, sujeito às penas arts. 339 (Denúnciação Caluniosa) e 340 (Comunicação falsa de crime) do CPB.

RESERVADO PARA DESPACHO DA AUTORIDADE POLICIAL

- ☐ Fato Atípico (Arquivar); ☐ Intimar comunicante; ☐ Aguardar audiência agendada;
☐ OM ao SO, relatório em _____ dias - APC _____; ☐ Aguardar novos fatos ou representação;
☐ Outra(s) providência(s): _____
☐ Elabore-se _____ art(s). _____

Delegado(a) de Polícia Civil

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito entre Rios-Caroebe-RR

7 linhas copias p/ Entre Rios RR

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT

		GOVERNO MUNICIPAL DE CAROEBE SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS		PRONTUÁRIO Nº	
NOME DO PACIENTE Geraldão Marcenilio Teixeira		DATA NASCIMENTO 06.03.68	
ENDEREÇO		IDENTIFICAÇÃO U.F. TELEFONE	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA Susp. Fratura - braço "D" (quarta costela)			
ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO [Clavícula]		Análise médica	
EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS PA. 120x80		CENTRO DE SAÚDE Walter Gomes Portela Distrito entre Rios-Caroebe-RR	
ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO [Assinatura]		UNIDADE SOLICITANTE U.B. S.W. G. R.	
AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO CARIMBO E ASSINATURA [Assinatura]		ENCAMINHADO PARA Hosp. Caroebe	
		CIDADE UF	
ESTA GUIA TEM VALIDADE DE 30 (TRINTA DIAS) A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO			

Mês: Setembro

QUEIXA

- Ret - Retorno
- Cur - Curativos
- R.P - Retirada de Pontos

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito entre Rios-Caroébe-PP

7 tiras copias PI Entre Rios, 11

GUIA DE ENCAMINHAMENTO - SADT



GOVERNO MUNICIPAL DE CAROEBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

☐ ANÁLISES CLÍNICAS ☐ RADIOLOGIA ☐ OUTROS

PRONTUÁRIO

Nº

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO

DATA NASCIMENTO

CIDADE

IDENTIFICAÇÃO

U.F.

TELEFONE

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

ÁREA E/OU SEGMENTO ANATÔMICO A SER EXAMINADO

EXAMES OU SERVIÇOS SOLICITADOS

ASSINATURA, CRM E CARIMBO DO MÉDICO

DATA DE EMISSÃO

ENCAMINHADO PARA

ENDEREÇO

UNIDADE SOLICITANTE

CIDADE

UF

AUTORIZAÇÃO, QUANDO NECESSÁRIO
CARIMBO E ASSINATURA

ESTA GUIA TEM VALIDADE DE 30 (TRINTA DIAS)
A PARTIR DA DATA DE SUA EMISSÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARABÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CENTRO DE SAÚDE
Walter Gomes Portela
Distrito Santa Rita-Carabé-RN

RELATÓRIO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM

Mês: Setembro Ano: 2017

Unidade de Saúde:

Município:

Unidade de Saúde: _____

Município: _____

DIAS	NOME	IDADE	COMP.		ATENDIMENTOS						MEDICAÇÃO			QUEIXA	
			1º	Rel	Cur.	R.P	Inal.	T.R.O	C.M	REM.	V.O	IM	EV		
01/09	Cláudio A. da Silva	42													R. médica
02/09	Cláudio Figueira Souza	33													R. médica
03/09	Paulson Barbosa Oliveira	32													Sutura simples
04/09	Antônia de Silva Lima	54													R. médica
05/09	Luís B. Araújo	28													R. médica
06/09	Juliana Pereira de Lima	35													R. médica
07/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
08/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
09/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
10/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
11/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
12/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
13/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
14/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
15/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
16/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
17/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
18/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
19/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
20/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
21/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
22/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
23/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
24/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
25/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
26/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
27/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
28/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
29/09	Adriano M. Farias	49													R. médica
30/09	Adriano M. Farias	49													R. médica

Ret - Retorno
Cur - Curativos
R.P - Retirada de Pontos
Inal - Inalação / Nebulização

T.R.O - Terapia de Reidratação Oral
C.M - Colheita de Material (Maféria e outras)
Rem - Remoção

VO - Via Oral
IM - Intramuscular
EV - Endovenosa

Data: / /

Responsável pela unidade de Saúde

02/09/2017

... Guia de Atendimento SPA 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO
BR 174 - KM 461 - BAIRRO JARDIM TROPICAL
CNPJ: 05.370.016/0001-00

FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		5	
1700013882	02/09/2017 09:07:27	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário	
Paciente	GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA	06/03/1960	57 A 5 M 27 D	898003012421795	32300018268		
Tipo Doc	Documento	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
IDENTIDADE	84860	20/10/2015	M	SOLTEIRO(A)	PARDA	MANTENA	
Mãe	MARCOLINA ALVES TOLEDO	Pai	JOSE MARCIONILDO TEIXEIRA				
Endereço	RUA - VILA ENTRE RIOS - CAROEBE - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	N da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO	URGÊNCIA	Procedimento Sol.	Registrado por: TAYANA SANTOS				
Sector	DEMANDA ESPONTÂNEA	Síndrome Febril ☐ Sintoma Tóxico Respiratório ☐ Suspeita de Dengue ☐					
Queixa Principal	Anamnese de Enfermagem						TOTAL
						AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)							
Paciente encaminhado do CAROEBE, com dor que começa no							
abdômen de modo onírico							
Exame Físico							
Ex so ombro							
Hipótese Diagnóstica							
alt. gástrica - comp.							
SADT - Exames Complementares							
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: ☐							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
suspeição de onirismo							
05.370.016/0001-00				Confere com original		- dr. Eduardo de O. Guerra	
HOSPITAL REGIONAL SUL						Intopédia / Trauma Acupuntura	
GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUSA PINTO						RORAIMA 550	
BR 174 - KM 461							
CEP: 69.370-970							
RORAINÓPOLIS - RR							
Condição							
☐ Alta por Decisão Médica							
☐ Alta a Pedido							
☐ Alta a Revelia							
☐ Transferência para:							
☐ Ambulatório							
☐ Observação (Ata 24h)							
☐ Internação							
Data e Hora da Saída/Alta: / /							
Ábito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anomalia Patológica ☐							
Assinatura do Paciente ou Responsável							
Carimbo e Assinatura do Médico							
Assinatura: <i>André Maria Rodrigues</i>							
Carimbo: <i>André Maria Rodrigues</i>							





GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: <u>UPM</u>	Município: _____
PACIENTE: <u>Geovana Macielio Seixas</u>	Prontuário: _____
Endereço: <u>Rua dos Jovens</u>	Ocupação: _____
Idade: <u>44</u>	Sexo: ☒ M ☐ F

MOTIVO DA referência (Justificar com clareza o encaminhamento):

Paciente trazida por acidente trauma do ombro
devido a uma imobilidade funcional
trauma com fratura e deslucida
e luxação do ombro

Resultado dos Exames: _____

Hipótese Diagnosticada: _____

Médico

Dr. J. J. J.

Dr. J. J. J.
Carimbo Médico
assinatura carimbo

02/04/12
Data

AGENDAMENTO

Encaminhamento a Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Município: _____
Consulta Marcada para Unidade: <u>Hspml Macapá</u>	às _____ horas do dia _____/_____/____
Para o Dr.: _____	

Caro colega, a informação dos dados relevantes a unidade de origem é de fundamental importância e não pode ser omitida. Por favor, preencha a contra-referência abaixo, destaque e devolva ao paciente.

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA

Unidade: _____	Idade: _____	Sexo: ☒ M ☐ F
Nome do paciente: _____		
Diagnóstico: _____		
Orientação para acompanhamento nas U.S. _____		

Data: _____/_____/_____	Assinatura / Carimbo	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

[illegible]

DATA:

13 11 214

CRM - RR 589
Carlos Eduardo Trauma - Acupuntura
ASSINATURA E CARIMBO



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA

Nº Sinistro 3180123038
Vitima: GERALDO MARCIONILIO TEIXEIRA
Data do Acidente: 01/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA SOUSA DO NASCIMENTO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180123038**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **01/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00595/00596 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12575947