

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marly da Silva Carvalho
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Professora
RG nº: 40082994-0 CPF nº: 925.092.073-34
E-MAIL: MarlydaSilva234@gmail TELEFONE: 99.145-9544
ENDEREÇO: Av. Jardim, 989, Saracá, BL-013, Apt. 403, cidade satélite

OUTORGADOS: IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

PODERES: Para o foro em geral, e as cláusulas "ad judícia", exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA - RR, _____ de junho de 20 19.

Marly da Silva Carvalho

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Marly da Silva Carvalho

ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Professora

RG nº: 40082994-0

CPF nº: 925.092.673-34

ENDEREÇO: Av. Jardim, 989, Saracurama, Bl-013, Apt. 403, cidade satélite

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA - RR, _____ de junho de 2019.

Marly da Silva Carvalho

OUTORGANTE



CNPJ: 05.939.467/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.006.114-4
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.308-610



Matrícula: 1251422

Junho/2018

Cliente:
MARLY DA SILVA CARVALHO

Endereço do Imóvel:
AV JARDIM, NUM. 00989 - SAMAUMA BLC013 A
PT403 - CIDADE SATELITE BOA VISTA RR 693

Inscrição
001.031.730.0338.206

Rota
53

Seq. Rota
2060

Economias
RESIDENCIAL
1

Hidrômetro
A14L138475

Data de Instalação
24/02/2016

Situação Água
LIGADO

Situação Esgoto
LIGADO

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT. 227	242	15	31
LEITURA INF.			
DT. LEITURA 08/05/2018	08/06/2018		

ULTIMOS CONSUMOS

201805	13-0
201804	14-0
201803	9-0
201802	11-0
201801	14-0
201712	10-0
MEDIA	11

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor					
Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 / 2005 G.M					
AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	168	168	168	168	168
ANALISADAS	166	166	166	166	166
CONFORMES	161	166	166	166	166

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	15 M3	39,32
ESGOTO	80.0 % DO VALOR DE ÁGUA	31,46

VENCIMENTO: 15/07/2018

TOTAL A PAGAR 70,78



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1251422	06/2018	15/07/2018	70,78

82600000000- 8 70780004001- 6 00125142201- 8 06201870003- 9



IMPRESSO EM: 08-06-2018 12:17:14

Via do Cliente

Via do CAER

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	40082994-0	DATA DE EXPEDIÇÃO	30/12/1997
NOME	MARLY DA SILVA CARVALHO		
FILIAÇÃO	ALVARO IRINEU CARVALHO E MARIA DA S ILVA CARVALHO		
NATURALIDADE	MONCAO-MA	DATA DE NASCIMENTO	30/01/1977
DOC ORIGEM	NASC.N.11202 FL01278 LIV.12		
CPF	P-043		
ASSINATURA DO DIRETOR		VIA-03	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190174748

Vítima: MARLY DA SILVA CARVALHO

Data do Acidente: 17/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAN PINHEIRO PEREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARLY DA SILVA CARVALHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 006/2019/DAT - Boa Vista-RR, em 03/10//2019

COMUNICANTE: MARLY DA SILVA CARVALHO

RG: 40082994-0

O. EXP.: SSP/MA

CPF: 925092073-34

ENDEREÇO: AVENIDA – JARDIM BLOCO 13 APARTAMENTO 403, CONDOMÍNIO SAMAUMA

BAIRRO: CIDADE SATÉLITE

CIDADE: BOA VISTA - RR

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: PROFESSORA

NATURALIDADE: MONÇÃO

ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 30/01/1977 IDADE: 40 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: SUPERIOR COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

TELEFONE: 99145-9544

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: ALVARO IRINEU CARVALHO

NOME DA MÃE: MARIA DA SILVA CARVALHO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 20h46min do dia 17/06/2018, AVENIDA ATAÍDE TEIVE, BAIRRO LIBERDADE.

A comunicante acima qualificado compareceu nesta Delegacia para relatar que estava transitando no endereço acima supracitado conduzindo **MOTOCICLETA HONDA BIZ 125**, Placa **NAZ 4390**, de cor **PRETA**, Ano **2007/2008**, Chassi **9C2JA04208R051569**, Renavam **00948445556** de propriedade da senhora **CINTIA SANTOS DA COSTA**; A comunicante informa que estava sentido bairro centro na garupa da motocicleta acima citada que era guiada pela senhora **CINTIA**; Que a comunicante informa que na mesma direção que elas vinha uma senhora numa motocicleta **TITAN** vermelha; Que a condutora da motocicleta **TITAN** vermelha fez a ultrapassagem e bruscamente dobrou pra esquerda não dando tempo da senhora **CINTIA** evitar a colisão; Que segundo a comunicante o **SAMU** não esteve no local e que as mesmas foram para o **HGR** por conta própria; Que a comunicante teve a seguinte Lesão: (**FRATURA DO DEDO DO PÉ ESQUERDO**); Que a Motocicleta **BIZ** teve os seguintes danos: **QUEBROU O PARA LAMAS, RETROVISORES TENDO A PARTES ESQUERDA TODA RALADA**; Que esse registro é para fins de **SEGURO DPVAT**; É o relato.

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

Marly da Silva Carvalho
MARLY DA SILVA CARVALHO

Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e

DAT
Confere com original
Data: 03/01/2019
G. Silva Vieira
Assinatura
Givandio da Silva Vieira
Agente Carcerário de Polícia Civil
Mat. 042000908

25 FEV. 2019

AGENTE CARACERÁRIO DE POLÍCIA
CIVIL
Givanildo da Silva Vieira
Mat. 042000855

25 FEB. 2019



1800968230		17/06/2018 20:47:09		AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO		
FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA						NOTURNO 19- 38
Paciente	MARLY DA SILVA CARVALHO			Data Nascimento	Idade	CNS
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDADE	400829940	SSP MA	30/12/1997	F	SOLTEIRO(A)	BRANCA
Mãe	MÁRIA DA SILVA CARVALHO			Pai	ALVARO IRINEU CARVALHO	
Endereço	RUA - EURIDES VASCONCELOS RODRIGUES - 91 - JARDIM FLORESTA - BOA VISTA - RR			Contacto	(95) 99145-9544	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:			
GRANDE TRAUMA	TRANSPORTADO POR TER		KAREN.GARCIA			
Queixa Principal	(☒) Síndrome Febril (☐) Sintomático Respiratório (☐) Suspeita de Dengue					
Anamnese de Enfermagem						GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 15
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:47 h) <i>Enterro sofrido queda de moto e neuro do GT por menor próprio.</i>						
Exame Físico <i>Ble, VTK, AAA, m.p., c.m.d., l.h.t.de Córregações. Ortopedia +</i>						
Hipótese Diagnóstica <i>Fratura?</i>						
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO <i>- Diclafavo 75-27 mg - 2x/dia</i>						APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO <i>21:00</i>
Condição ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☒ Transferência para: <i>Ortopedia.</i>						☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação 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 <i>Sean Robinson Médico CREMERS 43401</i>
Impresso por: karen.garcia Data Hora: 17/06/2018 20:48:00						1800968230



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Marly da Silveira

marly

fui atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON,
no dia 17/06/18 às ____:____ horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.

☒ Necessita de 15 dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

17/06/18

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615

Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611

25 FEV. 2019



EMERGÊNCIA
GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
PRONTO ATENDIMENTO AIRTON ROCHA
PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO



RECEITUÁRIO

NOME: Mirley de S. Araújo

USO ORAL

① Nimesulida 100mg — 1 +
1 qd de 12/12h por 5 dias

② Diprospan 500mg — 1 +
1 qd de 6/6h por 5 dias

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615

DATA: 7/06/18

ASSINATURA E CARIMBO

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0611

GOVERNO
DO POVO

25 FEV. 2019



ATESTADO MÉDICO / DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr. (a): Wally de S. S.

Wally de S. S.

fui atendido no ☒ Hospital Geral de Roraima/PAAR/PSFE () UNACON,

no dia 17/06/18 às ____:____ horas.

O mesmo:

() Não necessita de licença, atesto apenas o seu comparecimento.

☒ Necessita de 15 dia (s) de licença médica.

CID:

Boa Vista,

17/06/18

Autorizo a informação do CID:

Assinatura do cliente / paciente

Dr. Pedro Di Giovanni
Ortopedia e Traumatologia
CRM / RR 1615

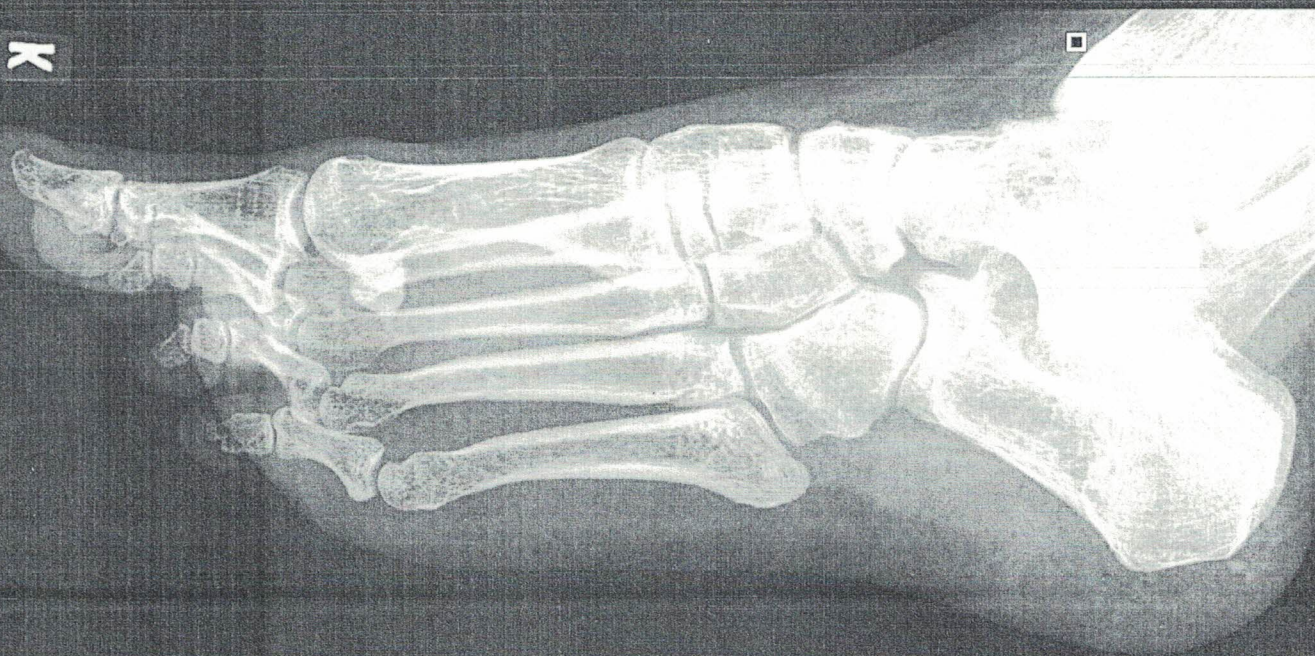
Assinatura / carimbo médico

Hospital Geral de Roraima,
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n, Aeroporto.
Fone: (95) 2121-0638, 2121-0611

25 FEV. 2019

25.FEV. 2019

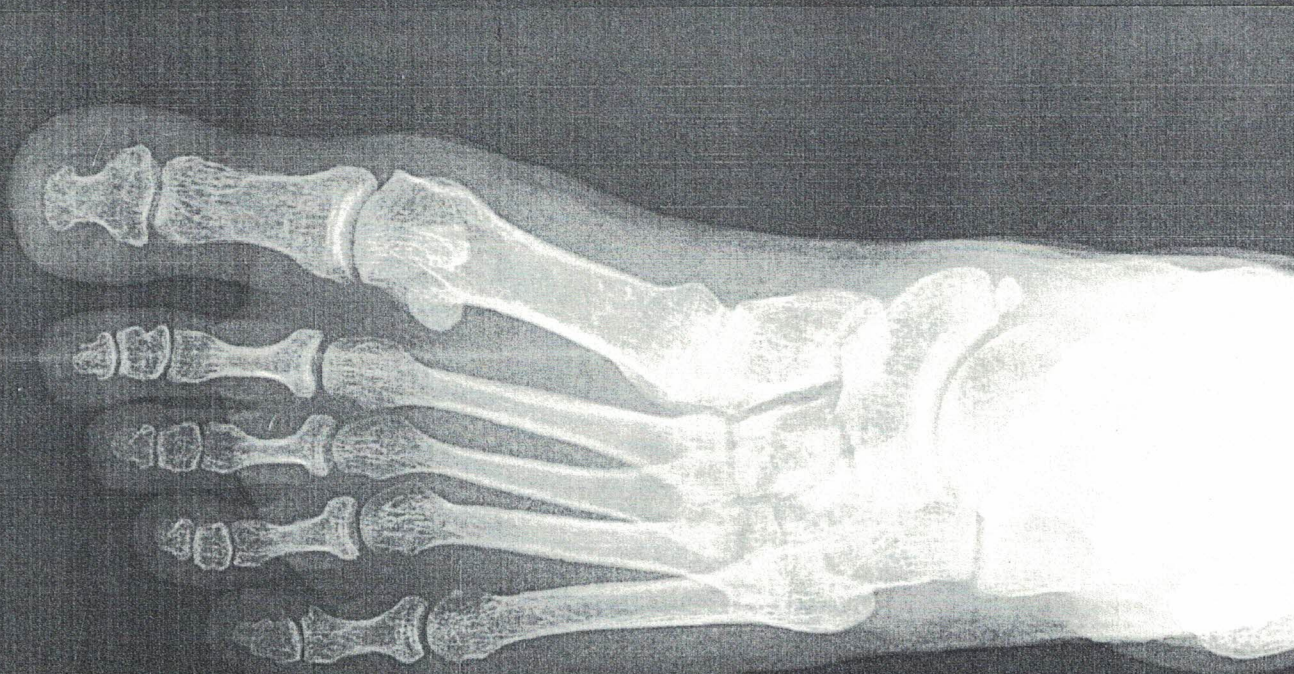
K



17/6/2018 22:37:49

76,5 %

E



17/6/2018 22:37:49

82,4 %

K

, MARLY DA SILVA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SUBSTABELECIMENTO

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

Assinatura digital

IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS

OAB/RR 1639