



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1118/2019

DADOS DO REGISTRO:

Delegado: **FRANCILENE LIMA HOFFMANN DE VARGAS**

EQUIPE: (**ÊXPEDIENTE DO 5ºDP**)

Data: **04/07/2019**

Hora do Registro: **10h45min.**

DADOS DA OCORRÊNCIA: (Local do Fato)

NATUREZA: FURTO DE TRANSITO COM VITIMA

DATA: 12/12/2018 HORÁRIO: 08:40hs

ENDEREÇO: AV. CENTENÁRIO, CENTENÁRIO

COMUNICANTE/ENVOLVIDO

NOME: IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

RG: nº 054498292014-2 SSP/MA

CPF nº 078072413-57

Filiação: CLEONILDO GONCALVES DE OLIVEIRA e IRENE SILVA DE OLIVEIRA

Natural de: BREJO DE AREIA/MA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nascido em: 25/08/1997

Idade: 22 anos

Estado Civil: SOLTEIRO

Sexo: MASCULINO

Profissão: EMPACOTADOR

FONE: 95-981199323

Residente: RUA JT12, 80, JARDIM TROPICAL

ENVOLVIDO

NOME: JOAVANIR MARINHO BARBOSA

RG: nº 38939001 SSP/RR

CPF nº 539.070.942-04

CNH: 06707941830

Filiação: PJ

Natural de: PJ

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nascido em: PJ

Idade: 25 anos

Estado Civil: SOLTEIRO

Sexo: MASCULINO

Profissão: FRENTISTA

FONE:

Residente: Rua: JUAZEIRO, 431, CENTENÁRIO

Obs: O comunicante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito as penas do crime de denúncia caluniosa, previsto no art. 339, Código Penal, que assim dispõe: "da causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: pena – reclusão de 02 (dois) a 08 (oito) anos e multa".

26 AGO. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLICIA CIVIL
5º DISTRITO POLICIAL

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL O COMUNICANTE ACIMA QUALIFICADO, PARA INFORMAR QUE NA DATA ACIMA DESCRITA SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRANSITO, ONDE COLIDIRAM DUAS MOTOCICLETAS, A BIZ PLACA NAS7168 DE COR PRETA, ESTAVA SENDO CODUZIDA PELO COMUNICANTE, E A MOTOCICLETA HONDA TITAN 160 STAR PLACA NUL3498 ESTAVA SENDO CONDUZIDA PELO OUTRO ENVOLVIDO "JOAVANIR MARINHO BARBOSA". O COMUNICANTE DEVIDO O ACIDENTE FRATUROU O TORNOZELO ESQUERDO, INFORMA QUE PASSOU DOIS MESES COM O TORNOZELO ENGESSADO E IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR.

É O RELATO.

FRANCISCO DEILANGE DE OLIVEIRA
ACPC DE POLICIA CIVIL, MAT:
42000929

IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
Comunicante/envolvido

26 AGO. 2019

Obs: O comunicante fica desde já ciente que se os fatos acima narrados forem infundados, inverídicos ou não puderem ser provados, estará sujeito as penas do crime de denúncia caluniosa, previsto no art. 339, Código Penal, que assim dispõe: "dar causa à instauração de investigação policial, de processo judicial, instauração de investigação administrativa contra alguém, imputando-lhe crime de que o sabe inocente: pena – reclusão de 02 (dois) a 08 (oito) anos e multa".



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809975

Vtr	SUCp	Data	S/Seto	H/Trans.	H/ini	CH/h	H/Fin
INTEGRADO 01	Ciptur	12/12/18	Leste	10:30	10:30	10:45	13:00
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13999						

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av.: Av. Centenário/com Rua: Juazeiro Nº **** Bairro Centenário Ref.: Mercado são jorge

PESSOAS RELACIONADAS

1 CONDUTOR Nome: Joavanir Marinho Barbosa Idade: 25 E. Civil: Solteiro

Endereço: Rua: Juazeiro Nº431 Bairro: Centenário

RG: 38939001 ssp-rr CNH: 06707941830 Profissão: Frentista

CPF: 53907094204 Telefone: --

2 CONDUTOR Nome: Iranildo Silva de Oliveira Idade: 21 E. Civil: solteiro

Endereço: Rua: JT12 nº 80 ' Bairro: Jardim Tropical

RG: CNH: Profissão: 981199323

CPF: 03062355280 Telefone: --

3 -- Nome: Idade: E. Civil:

Endereço: -- Nº -- Bairro: --

RG: CNH: Profissão: --

CPF: Telefone: --

VEICULOS ENVOLVIDOS.

(CONDUTORA1 do V1): HONDA/160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL3498. (PARTE FRONTAL, TANQUE)
(CONDUTOR2 do V2): HONDA/BIZ DE COR PRETA PLACA NAS7168 (AVAIAS POR TODA EXTREMIDADE DEVIDO AO ACIDENTE).

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NO LOCAL ENCONTRAVAM-SE APENAS OS VEÍCULOS ENVOLVIDOS COLIDIDOS. OS RELACIONADOS NESTE ROP CONTARAM VERSÃO DIFERENTE, OU SEJA, QUE O SINAL VERDE DO SEMAFARO ESTAVA ABERTO PARA AMBOS (O ITEM 01 TRAFEGAVA PELA RUA JUAZEIRO SENTIDO CENTENÁRIO E O ITEM 02 PELA AVENIDA CENTENÁRIO SENTIDO CENTRO), SENDO ASSIM, NÃO CHEGARAM A UMA CONCLUSÃO. FOI FEITO ORIENTAÇÃO PARA OS ENVOLVIDOS DE COMO PROCEDEREM. INFORMO QUE NÃO HOUVE PERÍCIA PELA NECESSIDADE DE REMOVER OS VEÍCULOS DO LOCAL DE GRANDE FLUXO PARA EVITAR OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO. QUE O VEICULO DO ITEM 01 FOI ENTREGUE PARA O SR. EDIVALDO DA SILVA ARAÚJO RG.3718700 SSP-RR, CPF 77854691215 E O VEÍCULO DO ITEM 02 AO SR. FRANCISCO KLAYTON FERREIRA MAIA RG. 209399 SSP-RR, CNH 03063593951. QUE O ITEM 02 NÃO PORTAVA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

LIMA ROCHA

41.547-2
CADASTRO

SOLDADO QPCPM
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp



26 AGO. 2019

PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I

Nº 809976

Vtr	SUCp	Data	S/Seto r	H/Trans.	H/ini	CH/h	H/Fin
TI GRADO	Ciptur	12/12/18	Leste	10:30	10:30	10:45	13:00
Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Kml.	KmF.			
1001/1003	13999						

LOCAL DA OCORRÊNCIA

Av.: Av. Centenário/com Rua: Juazeiro Nº **** Bairro Centenário Ref.: Mercado são jorge

PESSOAS RELACIONADAS

1º CONDUCTOR Nome: Joavanir Marinho Barbosa Idade: 25 E. Civil: Solteiro
Endereço: Rua Juazeiro Nº431 Bairro: Centenário
RG: 38939001 ssp-rr CNH: 06707941830 Profissão: Frentista
CPF: 53907094204 Telefone: --

2º CONDUCTOR Nome: Iranildo Silva de Oliveira Idade: 21 E. Civil: solteiro
Endereço: Rua. JT12 nº 80 Bairro: Jardim Tropical
CNH: 03062355280 Profissão: 981199323
Telefone: --

Nome: -- Idade: -- E. Civil: --
Endereço: -- Nº -- Bairro: --
RG: -- CNH: -- Profissão: --
CPF: -- Telefone: --

VEICULOS ENVOLVIDOS.

CONDUTORA1 do V1): HONDA/160 START DE COR VERMELHA PLACA NUL3498. (PARTE FRONTAL, TANQUE)
CONDUTOR2 do V2): HONDA/BIZ DE COR PRETA PLACA NAS7168 (AVAIAS POR TODA EXTREMIDADE DEVIDO AO ACIDENTE).

RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: Não Houve

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO (a)

FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UM OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, NO LOCAL ENCONTRAVAM-SE APENAS OS VEÍCULOS ENVOLVIDOS COLIDIDOS. OS RELACINADOS NESTE ROP CONTARAM VERSÃO DIFERENTE, OU SEJA, QUE O SINAL VERDE DO SEMAFÁRIO ESTAVA ABERTO PARA AMBOS (O ITEM 01 TRAFEGAVA PELA RUA JUAZEIRO SENTIDO CENTENÁRIO E O ITEM 02 PELA AVENIDA CENTENÁRIO SENTIDO CENTRO). SENDO ASSIM, NÃO CHEGARAM A UMA CONCLUSÃO. FOI FEITO ORIENTAÇÃO PARA OS ENVOLVIDOS DE COMO PROCEDEREM. INFORMO QUE NÃO HOUVE PERÍCIA PELA NECESSIDADE DE REMOVER OS VEÍCULOS DO LOCAL DE GRANDE FLUXO PARA EVITAR OUTROS ACIDENTES DE TRÂNSITO. QUE O VEÍCULO DO ITEM 01 FOI ENTREGUE PARA O SR. EDIVALDO DA SILVA ARAÚJO RG. 3718700 SSP-RR, CPF 77854691215 E O VEÍCULO DO ITEM 02 AO SR. FRANCISCO KLAYTON FERREIRA MAIA RG. 209399 SSP-RR, CNH 03063593951. QUE O ITEM 02 NÃO PORTAVA DOCUMENTAÇÃO PESSOAL. FAÇO QUE TINHA A RELATAR.

LIMA ROCHA

41.547-2
CADASTRO

SOLDADO QPCPM
GRADUAÇÃO

CIPTUR
SUCp

POLÍCIA MILITAR - RR
CPC-72-PS
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 27/10/2019

F. Amarel dos Santos
Func. Civil PM/RR
Mat. 044005222

Puxar B.O no 5º DP.

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0095004-1

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 002565318
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\$)
MARCO/2019	16/04/2019	213	150,23

GESSIANE DA CONCEICAO CUNHA
R. JT 12 80 JARDIM TROPICAL
CPF: 00060161023347
CEP: 69.314-619 - BOA VISTA
ROT: 31.001.27.18.029400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	KWH	Atual	DATA DA LEITURA
21685		20/03/2019	
Anterior:	21472	Anterior:	19/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	20/04/2019
Consumo Medido:	213	Emissão:	19/03/2019
Consumo Faturado:	213	Apresentação:	20/03/2019

NORMAL

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	BI	13LDB05220N 1517117	1.4.1.2		179

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
FEV/19	190	CONSUMO	30 A R\$ 0,265462 = 7,96
JAN/19	230		70 A R\$ 0,455073 = 31,85
DEZ/18	188		113 A R\$ 0,682616 = 77,13
NOV/18	214	SUBVENCAO BAIXA RENDA	- 47,98
OUT/18	217	CORRECAO MONETARIA DA	11/18-00 0,08
SET/18	157	CORRECAO MONETARIA IG	11/18-00 0,01
AGO/18	170	MULTA POR ATRASO DE I	11/18-00 1,69
JUL/18	152	JUROS DE MORA POR ATR	11/18-00 0,50
JUN/18	152	MULTA POR ATRASO 11/18-00	2,23
MAI/18	165	JUROS DE MORA DE IMPO	11/18-00 2,97
		ILUMINACAO PUBLICA	25,81
TARIFA SEM TRIBUTOS			
0 A 30	- 0,217500		
31 A 100	- 0,372500		
101 A 213	- 0,559400		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$
02/2019	136,07
01/2019	165,49

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/04/2019, em função das contas reavistadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na ZEHA. Informamos ainda existirem contas vencidas e já reavistadas no valor de R\$ 136,47 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

AVERIGUACAO CADASTRAL 2019 - ATUALIZE SEUS DADOS NO CADASTRO UNICO ATE 17/05/2019 PARA NAO PERDER A TARIFA SOCIAL. INFORMACOES PELO TEL. 0800 707 2003. LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA FATURA: 0095004-1 0016.9783.1FAE.5009.E9A5.2045

COMPOSIÇÃO DA FATURA		IMPOSTOS RELEVANTES	
Distribuição:	29,68	Base de Cálculo:	116,94
Energia:	62,92	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	19,87
Encargos:	3,26	Valor do PIS:	0,21
Tributos:		Valor do COFINS:	

FAZEDORES DE CONTINGUIDADE 1,00

FAZEDORES DE CONTINGUIDADE	
8,85	17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
2,58	11,00 0,62

DISTRITO ROT: 31.001.27.18.029400

Eletrobras
Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 0095004-1
MÊS FATURADO 03/2019
Nº da Nota Fiscal: 002565318

TOTAL A PAGAR - R\$ 150,23
VENCIMENTO 16/04/2019

83640000001 1 50230075000 2 000000000095 0 00410319008 0

26 AGO. 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MA1973633000

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO TITULAR
CARTeira DE IDENTIDADE

IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

REGISTRO GERAL 054498292014-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/11/2014

NOME IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO CLEONILDO GONCALVES DE OLIVEIRA E IRENE SILVA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE BREJO DE AREIA - MA

DOC ORIGEM NASC. N.15810 FLS.64 LIV.32

DATA DE NASCIMENTO 25/08/1997

CNPJ 078072413-57

SÃO LUIS-MA

P-24

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINº 7116 DE 29/08/83

VIA-01

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CPF/INSSP

131.57184.61-9

Nº CARTEI

3764229

SERIE

0050

RR

Reinaldo Silva de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

BOLETA LÍQUIDA



CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	01.669.026/0001-90	EMPREGADOR	CNPJ: 00.510.804/0001-30
COL. CPT (G)	E. DA SILVA AGUIAR-EPR	COL. CPT (G)	IRANILDE CARVALHO LIMA-ME
ENDEREÇO	Av. Carlos Pereira de Melo, nº 3510 - Canaã	ENDEREÇO	AV. dos Bandeirantes, 1701 - BURTIS
CEP	CGF: 24.008965-5 # OEF: 88.318-000	CEP	CEP: 69.309-185 Boa Vista/RR
MUNICÍPIO	Boa Vista	MUNICÍPIO	
EST. DO ESTABELECIMENTO		EST. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	Empacotador	CARGO	vendedor
CRON	7841-05	CRON	52110
DATA DE ADMISSÃO	10 de Maio de 2019	DATA DE ADMISSÃO	24 de Abril de 2018
REGISTRO		REGISTRO	
REMESSA AO ESPORTE	1026,00 (mil e vinte e seis reais)	REMESSA AO ESPORTE	37,00 (trinta e sete reais)
REMESSA AO ESPORTE	Clarice Figueira Silva	REMESSA AO ESPORTE	Spee
CPF	CPF: 880147102-59	CPF	
DATA DE SAÍDA		DATA DE SAÍDA	31 de Outubro de 2018
COM. DISPENSA CD N°		COM. DISPENSA CD N°	
IGTS N° DA CONTRA		IGTS N° DA CONTRA	
	09		08

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	054498292014-2
ENDEREÇO:	RUA JT 12, 80 JARDIM TROPICAL

OUTORGADO

NOME:	FLOIR INACIO DE SOUZA
NACIONALIDADE:	BRASILEIRO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
IDENTIDADE:	114807 SSP/RR
ENDEREÇO:	MAO NVO P. GALVAO 1832 BURITIS

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, referente ao SINISTRO ocorrido na data: 12 / 12 / 2018, cobertura Invalidez, vítima: Iranildo Silva de Oliveira.

BOA VISTA, 29 DE MARÇO DE 2019

LOCAL E DATA



Iranildo Silva de Oliveira

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DANIEL AQUINO

Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Ataide Teive, 4307 - Ara Branca - Boa Vista/RR
Fone: (95) 3637-4186
2oficio@boa Vista@cartorioaquino.com.br

973735c9e2c3d2183c
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
de IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
Em testemunho da verdade. B.O.C.
Do que dou fé. Boa Vista/RR, 29 de março de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em cidadão.portalserri.com.br
REC FIR 168296X9846987QOYD9H81

97.373
Daniel Oliveira de Aquino
Escritor Autorizada

26 AGO. 2019

Emolumentos: R\$ 2.45 Fundos ISS: R\$ 0.55 Total: R\$ 4.50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA CPF: 078.072.413-57
Profissão: Autônomo Endereço: R: 11-12 Número: 80 Complemento:
Bairro: TEOPICAL Cidade: BOA VISTA Estado: RR CEP: 69.314-619
E-mail: IRANILDOOLIVEIRA329@GMAIL.COM Tel.(DDD): (95) 9849-9323

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 6953

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

21166 8

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Boa Vista - RR 26/08/2019

Nome: Iranildo Silva de Oliveira

CPF: 078.072.413-57

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Iranildo Silva de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

26 AGO. 2019

Obs: Foi pago Dare do ROP

RR SEGUROS DPVAT



FICHA DE CADASTRO

DADOS DO CLIENTE

Autônomo

NOME COMPLETO	FRANILDO SILVA DE OLIVEIRA		
CPF	078.072.413-57		
RG	054498292042	EMISSOR	SSP
		UF	MA
DATA DO ACIDENTE	12/11/18	LOCAL	AV. CONTENADOR NO SEMAFARO
NOME DO PAI	CLEONILDO GONÇALVES DE OLIVEIRA		
NOME DA MÃE	IRENE SILVA DE OLIVEIRA		
ENDEREÇO (1)	R. JF-12 N° 80		
BAIRRO	JF TROPICAL	CIDADE	BOA VISTA
CEP	69.314-619	ESTADO	PARANÁ
TEL. CEL. (1)	(51) 981199323	TEL. CEL. (2)	(51) 99132-2090
ENDEREÇO (2)			
BAIRRO		CIDADE	
SINISTRO			

Documentos necessarios

- ☒ CPF (Xerox)
☒ RG (Xerox)
☒ Comprovante BANCÁRIO
☒ Comprovante de Residência
☐ PRONTUÁRIO HOSPITALAR
☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
☐ ATO DECLARATORIO (se houver/samu, bombeiro, policia militar, policia rodoviária federal)
☐ DUT (caso a vitima seja o proprietário do veiculo)





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
"Nossa missão é cuidar da saúde das pessoas."

REQUERIMENTO

Ilmo. (a) Coordenador (a) do SAMU 192/BV

Venho requerer, conforme as normas de mecanismo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192, as seguintes informações:

Local da ocorrência: AV. CENTENARIO NOSEMARO Bairro CENTENARIO

Data: 12/12/2018 Hora: 8:30 DA MANHÃ

Nome do usuário: FRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

☒ Ficha de atendimento SAMU

☐ Declaração de ocorrência para fins específicos

☐ Informação específica da ocorrência

☐ Outros:

Obs:

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome: FRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

RG nº 054998292014-2 Órgão Exp: SSP-1 MA

CPF nº 078.072.413-57 Naturalidade: BREJO DE AREIA-MA

Endereço: R. JT-12 Nº 80 Bairro: Jd TROPICAL

Telefone: (95) 98119-9323 Celular: 99132-2090

Grau de parentesco com o usuário (a) VITIMA

Nestes termos

Pede deferimento

Boa Vista-RR, ____/____/____

FRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

Assinatura do Requerente

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joia da Conceição Cunha,
RG nº 0423187420110, data de expedição 11/06/2011
Órgão SSP - MR, portador do CPF nº 062.819.303-39, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ST12, Jardim Tropical, nº 80,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Iranildo Silva de Oliveira, cujo o condutor era
Iranildo Silva de Oliveira.

Veículo: moto
Modelo: Biz
Ano: 2013
Placa: NA57168
Chassi: QC2JC4920DR096278
Data do Acidente: 12/12/2018
Local e Data: Avenida Centenario - 12/12/2018

Joia da Conceição Cunha
Assinatura do Declarante

Iranildo Silva de Oliveira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



... Guia de Atendimento 17 ...

12/12/2018

GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:
Reclassificação: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.:

1801045964		12/12/2018 09:58:58		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		12	
Paciente	IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA			Data Nascimento	25/08/1997	Idade	21 A 3 M 18 D	CNS	700802492707188	CPF	07807241357
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	M	Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BRASILEIRA
Mãe	IRENE SILVA DE OLIVEIRA			Sexo	M	Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BRASILEIRA
Endereço	RUA - JT-12 - 80 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR			Sexo	M	Estado Civil	NAO	Raça/Cor	PARDA	Naturalidade	BRASILEIRA
Class. de Risco	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO			Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor	GRANDE TRAUMA			Tipo de Chegada	SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por:	DANIEL VIANA		
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue										
Anamnese de Enfermagem	Pol. trauma S/TGG						GSC	TOTAL			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	Dor no tórax						AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5	MRV: 1 2 3 4 5 6		
Exame Físico	Exame físico: tórax, abdome, membros superiores e inferiores.										
Hipótese Diagnóstica	Fratura costal torácica										
SADT - Exames Complementares	☒ RAIOS-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:										
PRESCRIÇÃO	APR					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO				
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 566											
Tiago Mendonça Dias Médico CRM-RR 1088											
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 566											
Condição: Alta por Decisão Médica											
Alta a Pedido											
Alta a Revelia											
Transferência para:											
óbito											
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Carimbo e Assinatura do Médico					
Impresso por: daniel.viana Data Hora: 12/12/2018 10:00:19						26 AGO. 2019					
						1801045964					



IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

12/12/2018 11:13:28

84.2 %



IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

903

E



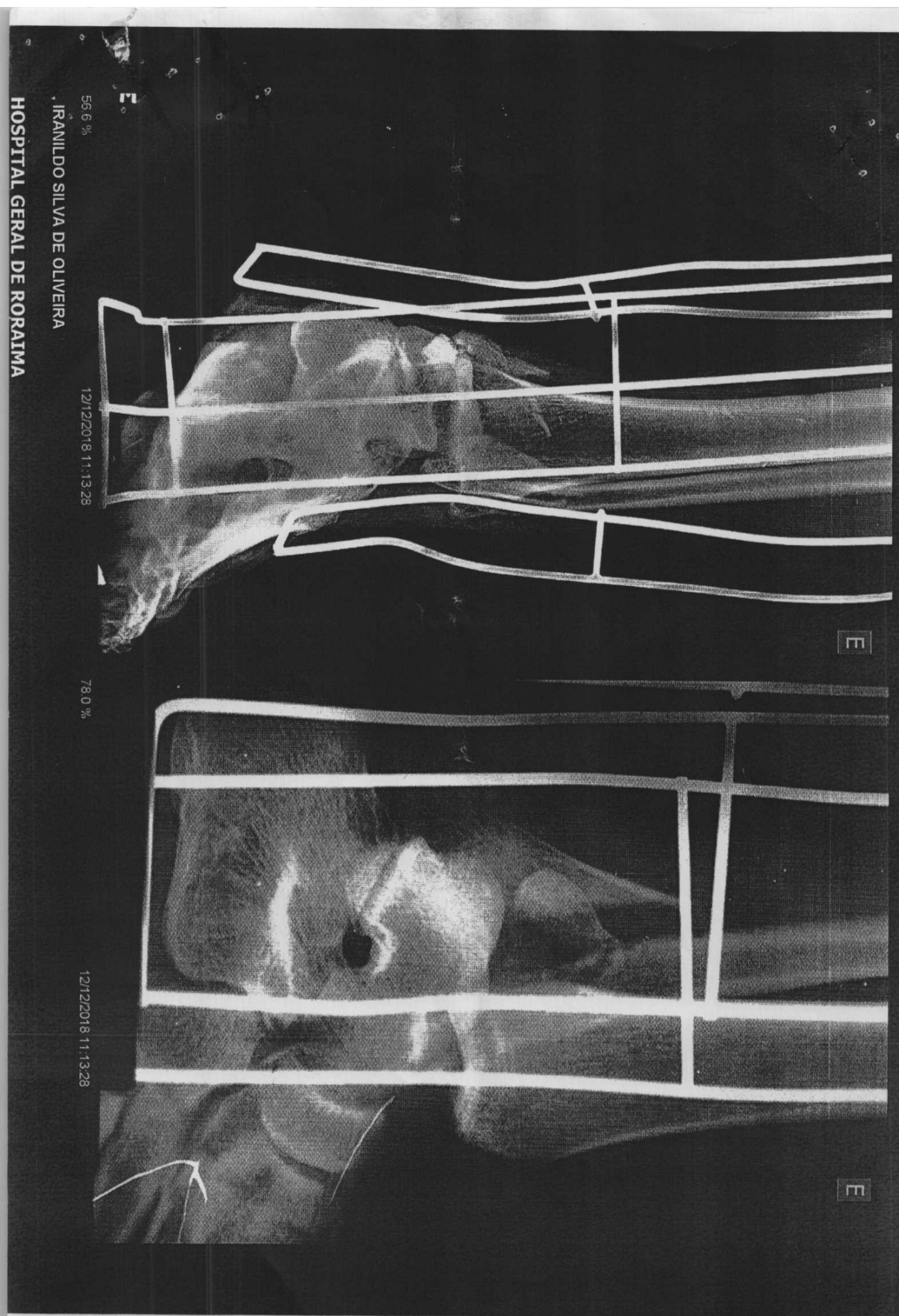
69.8 %
, IRANILDO SILVA

12/12/2018 12:44:55

40.8 %

12/12/2018 12:44:55





56.6 %

IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

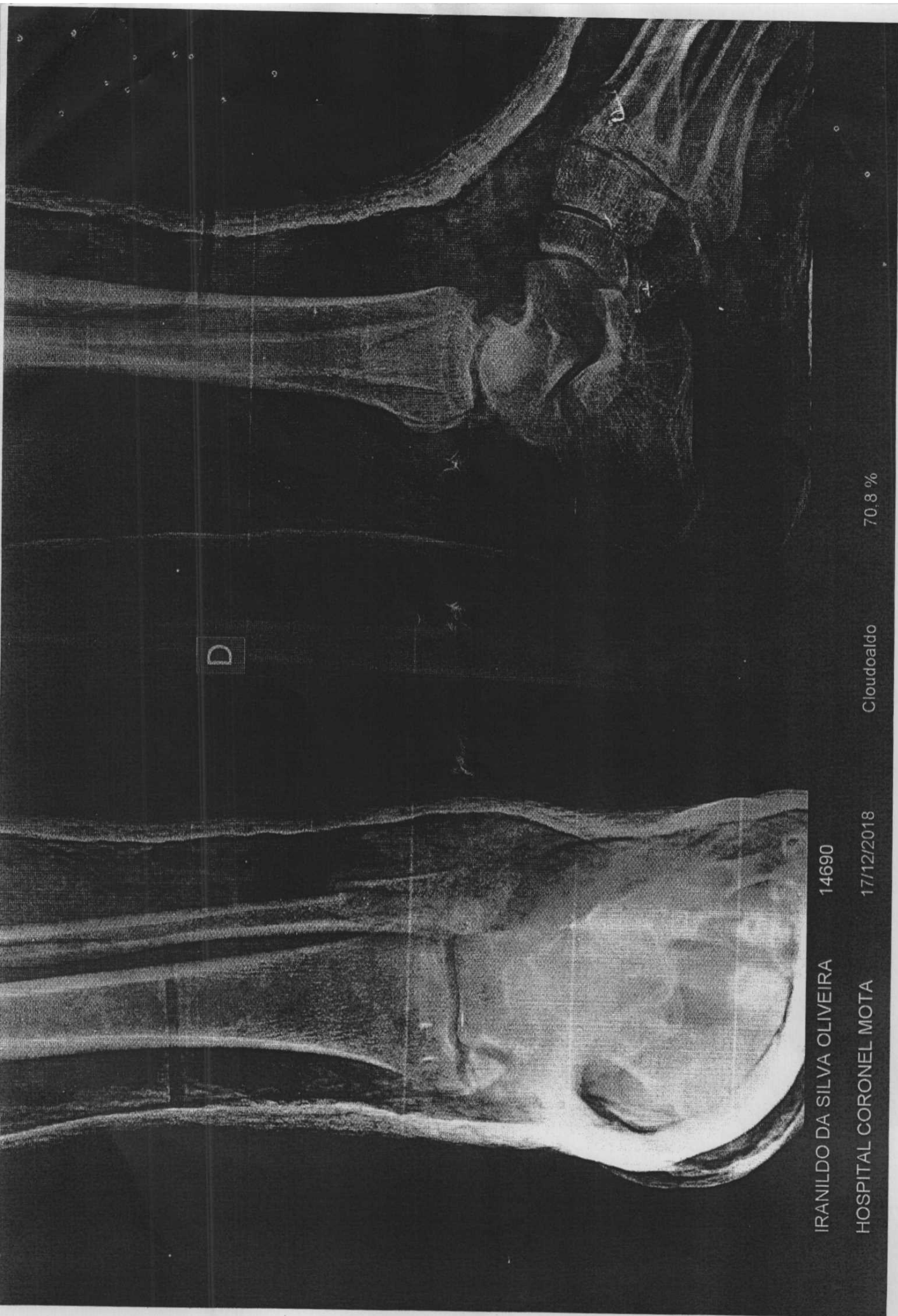
12/12/2018 11:13:28

78.0 %

12/12/2018 11:13:28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA







49.9 %

12/12/2018 11:13:28

, IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



59.4 %

12/12/2018 11:13:28



The screenshot shows a web browser window with two tabs: 'Proveio DPVAT | Busca avançada' and 'Seguradora Líder-DPVAT Acomp'. The address bar shows 'seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo'. The page layout includes a sidebar on the left with three main sections: 'COMO PEDIR INDENIZAÇÃO', 'PAGUE SEGURO', and 'ACOMPANHE O PROCESSO'. The main content area on the right contains a paragraph about document submission, a section for 'SINISTRO 3190499675 - Resultado de consulta por beneficiário', and a Windows taskbar at the bottom.

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

- Como Pagar
- Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega documentação completa.

SINISTRO 3190499675 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO IRANILDO SILVA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 07807241357

Posição em 09-10-2019 09:38:37
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Ativar o Windows
Ver Configurações para

Histórico das correspondências enviadas

Windows taskbar: Digite aqui para pesquisar

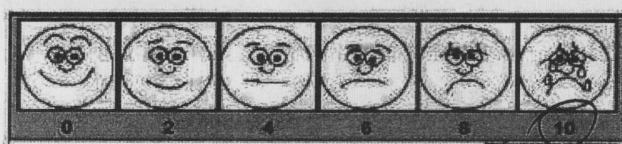


PREFEITURA BOA VISTA Trabalhar e Cuidar das Pessoas		FICHA DE ATENDIMENTO Nº 2479		SAMU 192					
EQUIPE SAMU BV UNIDADE BRAVO III		EQUIPE: Téo Shirley / Elton / Leonardo							
Paciente: <u>Tranildo Selo de Oliveira</u>		Idade: <u>21</u>		Sexo: <u>masculino</u>					
Nacionalidade: <u>brasileiro</u>		Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia []							
Endereço: <u>Av. Centenário</u>		Bairro: <u>Centenário</u>							
Nº <u>22837</u>		DATA <u>21/08</u>		HORA J/9: <u>09:12</u> BASE () VIA () () RÁDIO					
Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>Dr. Paulo</u>		HORA J/10: <u>09:19</u>		CELULAR ()					
MOTIVO: ☒ SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO <u>7/10 - 09:58</u>									
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 ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão AUTO x ☐ Motorista ☐ Passageiro Banco dianteiro ☐ Passageiro Banco traseiro		AUTOMÓVEL ☐ Uso do cinto ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag Acionado ☒ MOTOCICLETA / BICICLETA ☒ Colisão MOTO X <u>MOTO</u> ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento ☐ Queda de Bicicleta ☐ Piloto		VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ FAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outros: _____					
PEDESTRE ☐ Atropelamento ☐ VIA ☐ CALÇADA				OUTROS ☐ Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstico ☐ Queimadura Agente ☐ Afogamento ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros: _____					
AVALIAÇÃO INICIAL									
VIAS AÉREAS ☒ Livre ☐ Obstrução Parcial ☐ Obstrução Total ☐ Corpo estranho ☐ Edema de Glote ☐ Outro: _____		VENTILAÇÃO ☐ Apnéia ☐ Dispnéia ☐ Bradpnéia ☐ Taquipnéia ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Respiração paradoxal		CIRCULAÇÃO ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente ☐ Cianose central ☐ Cianose de extremidade					
AVAL. NEUROLÓGICA ☒ AVDN ☐ Miose ☐ Midríase ☐ Anisocoria [] D [] E ☐ Aparentemente Alcoolizado ☐ DNV									
SINAIS VITAIS E ESCORES									
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR	
Início <u>09:12</u>	<u>130x80</u>	<u>74</u>	<u>24</u>	<u>100</u>					
Fim <u>09:58</u>	<u>130x80</u>	<u>67</u>	<u>24</u>	<u>99</u>					
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA									
Pele ☒ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica		Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. penetrante		Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular ☐ Luxação ☐ Mandíbula		Pescoco ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema sub-cutâneo		Tórax ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Tamponamento ☐ Ferida Aspirativa ☐ Empalamento	
Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração		Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade		Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Escoriações		MMSS ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☐ Fratura ☐ Amputação		MMII ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Luxações ☐ Lacerações ☒ Fratura <u>MJE</u> ☐ Amputação	
AVALIAÇÃO CARDÍACA ☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Filuter						FIBRILAÇÃO ☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assistolia		RESPIRATÓRIA ☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	
DIGESTIVA ☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstrutiva ☒ Outra <u>fratura</u>						OBSTÉTRICA ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS		MEDICAÇÃO DE USO ☐ Medicamento de uso	
GRAVIDADE COMPROVADA [] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA [] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA									
INCIDENTE ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local: <u>26 AGO. 2019</u>						MULTIPLS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros: _____			
RCP ☐ Iniciada as: _____ [] Término as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs: _____						SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL Em 16/08/19 OBSERVAÇÕES <u>Stephanie</u> Rubrica			
DESTINO ☒ Atendido no local ☐ Trauma HGR ☐ Pronto Atendimento ☐ Coronel Mota						☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Lotte Iris - HLI ☐ Outros			

PERTENCENDO DO PACIENTE	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMÔ DE RECUSA	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:

GESTANTE	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:
Perda de líquido:	BCF:
[] Com cartão [] Sem cartão	

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos previamente à estimulação	Espontânea	4
Abertura ocular em tom de voz normal ou em voz alta	Ap Son	3
Abertura ocular após estimulação de 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	Classificação	Pontos
Resposta adequada relativamente ao nome, local e data	Orientada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Apenas gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora	Classificação	Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo da cabeça ou pescoço	Localizadora	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal	Flexão anormal	3
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



02 fct gozes
02 agua destilada 50ml
02 Siringa 10ml
01 Siringa 5ml
01 SF 0.9% 250ml
01 Equipamento maco
01 gelco 36

MATERIAL E MEDICAÇÃO

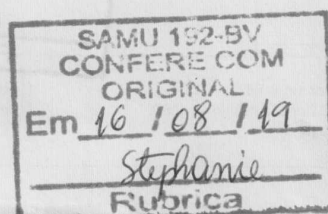
01 traumad
02 onguento
02 tetracel 40mg
06 pares de curvas
Pe M

escorregos
froncos /
esquedo

fratura
exposta
torçao

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Grupo ocionado para ocorrência traumática
colisão moto x moto vítima encontrada em
fada, via pública, verbalizando, orientado
lucido, relatar que o capacete saiu da cabe
ca no momento da colisão, vítima com
escorregos froncos esquedo, com fratura exposta
tibia (e torção torçao) (e) feito amobiliz
zaco, protocolo do trauma color cervical
mais franche, bordo da VTR Verificado
os SSU, mais curso e analgesia e confor
me foi regulado com a central / médico regule
do que enrijecido ao trauma para
mais avaliações -



Assinatura e carimbo do profissional
26 AGO. 2019

EU: Reinaldo Silva de Oliveira
PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: Solteiro
RG: Nº. _____ SSP/ _____ CPF/MF Nº. 078.072.413-57
E-MAIL: Reinaldooliveira329@gmail.com
TELEFONE: Rua: JS-12 N° 80
ENDEREÇO: (95) 99132-2090 / (95) 98119-9323 Nº. _____
BAIRRO: jardim tropical CEP: _____
situado no Município de Boa Vista

, pelo presente instrumento
procuratório, nomeia e constitui, como seus procuradores, **REINALDO FÉLIX DA SILVA**,
brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 2171, com endereço na Rua
flamboian nº 314, Bairro Jardim Primavera, Boa Vista/RR, situado no Município de Boa
Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em
qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações
competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e
acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir,
firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a
quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo
ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,
dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 29 de Março de 2019.

Reinaldo Silva de Oliveira
Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Iranildo Silva de Oliveira
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO _____
RG nº. _____
CPF/MF nº. 078.072.413-57
ENDEREÇO: Rua TJ-12 N.º 80
Jardim Tropical

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, 29 / Março de 2019

Iranildo Silva de Oliveira