

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EVERALDO SILVA MARQUES
ESTADO CIVIL: CASADO PROFISSÃO: _____
RG nº. 187.584.764-0 CPF/MF nº. 333.263.562-53
TELEFONE: 99153-9380 E-MAIL: _____
ENDEREÇO: Rua Professor Mecca no G. L. CARVALHO,
nº 256, Bairro Dr. Silveiro Botelho, Boa Vista/RR, CEP 69.317-693

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA e JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na OAB/RR 551-E, com endereço profissional estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 105, do Código de Processo Civil de 2015, exceto para receber citação, para propor, no interesse da OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de 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 da OUTORGANTE em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da OUTORGANTE na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 09 / Janeiro de 2020

EVERALDO SILVA MARQUES

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: EVERALDO SILVA MARQUES

ESTADO CIVIL: CASADO **PROFISSÃO:** Autônomo

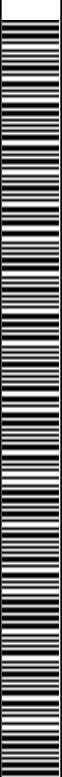
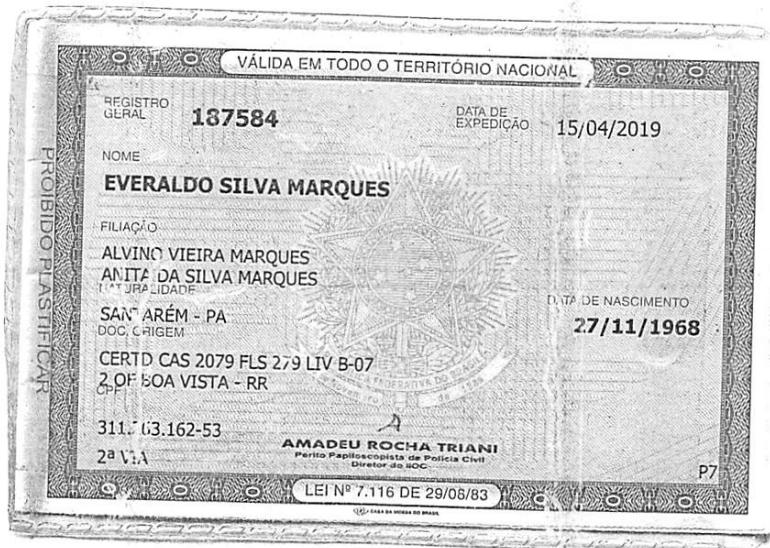
RG nº: 187 384 SESP/RR **CPF/MF nº:** 355.263.162-93

ENDEREÇO: Ava Professora Maria do C. L. CORVALHO, n° 256,
Barra Dr. Silvio Botelho, Boa Vista/RR, CEP 69.354-893

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, 09 de JANEIRO de 2020.

EVERALDO SILVA MARQUES





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Plata Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0035988-2

Nº da Nota Fiscal 4208304

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.422 de 26 de abril de 2002. FCAM*

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	50	255,90

EVERALDO SILVA MARQUES
R. PROF MARIA DO C L CARVALHO 256 - DR. SILVIO BOTELHO
CEP: 69.314-493 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 6608	Atual: 12/12/2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 6580	Anterior: 12/11/2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 12/01/2020	Ligação: BIFASICA
Constante de Multiplicação: 1.900	Emissão: 11/12/2019	Número Medidor: 10LD609786
Consumo medido: 25	Apresentação: 12/12/2019	Forma de Faturamento: MINIMO
Consumo Faturado: 50		Modalidade: M 1420488

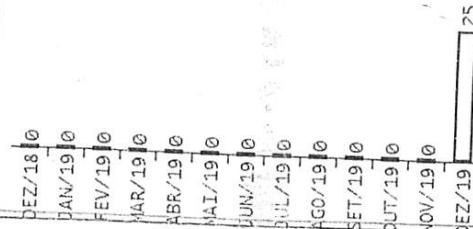
DESCRIPÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	50 A R\$ 0,760131 =	38,00
RELIGACAO		11,11
RELIGACAO A REVELIA ART 175 RE		175,26
ILUMINACAO PUBLICA		31,53

OUTRAS INFORMAÇÕES

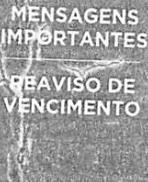
TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 50 - 0,6177%

Média 12 meses:

HISTÓRICO DE MEDICÃO



PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 E NÃO PERDER
A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO
-2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEEL N. 2.634 DE 29.10.2019,
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 16 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/12/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



RESERVADO AO FISCO 5821.8CD7.8722.61E6.3A30.F683.50D9.8A90

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia: 28,64	Encargos: 1,17
Distribuição: 5,66	Tributos: 7,11
Transmissão: 0,00	

Base de Cálculo:	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
	ALÍQUOTA	VALOR
38,60	19,00%	6,46
	0,30%	0,11
	1,42%	0,54

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Límite	0,09	0,00	0,00	0,05
Realizado	0,00		0,00	0,00
Conjunto				
DISTRITO				
Período de apuração:	10/12/19		EUSD:	0,00

ROT: 28.001.26.18.125000



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO
0035988-2

MÊS FATURADO
12/2019

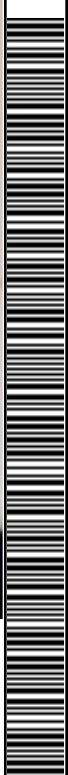
TOTAL A PAGAR - R\$
255,90

VENCIMENTO
11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4208304

FCAM*

8361000002 2 55900075000 5 00000000035 6 98821219008 2





EVERALDO SILVA MARQUES

FILIAÇÃO.....: ALVINO VIEIRA MARQUES
ANITA DA SILVA MARQUES

NASCIMENTO....: 27/11/1968 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: CASADO

NATURALIDADE: SANTARÉM - PA

DOCUMENTO....: C. I. 187584 27/01/1997 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 311.263.162-53 CNH.....:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 11/02/2011

Mario Senna da Rocha
Supervisão
SRTE/RR

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006.
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTCJ FKJXF WNZXX V5XWDX

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA

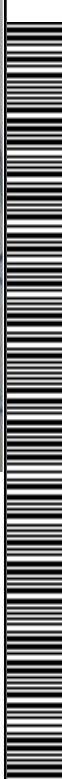
ASSINATURA

A - CASAMENTO | C - D
B - SEP. JUDICIAL | D - A

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/OPFCI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO N°	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RGDO C/ TESTEMUNHA	
1 ^a	2 ^a
DATA DE SAÍDA	DE
ASS. DO EMPREGADOR OU A RGDO C/ TESTEMUNHA	
1 ^a	2 ^a
DISPENSA CD N°	
N° DA CONTA:	
CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/OPFCI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	
REGISTRO N°	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
ASS. DO EMPREGADOR OU A RGDO C/ TESTEMUNHA	
1 ^a	2 ^a
DATA DE SAÍDA	DE
ASS. DO EMPREGADOR OU A RGDO C/ TESTEMUNHA	
1 ^a	2 ^a
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTA:	

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJTCA FKJXF WNZXX V5XWD





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/01/2020 10:42 Data/Hora Fim: 09/01/2020 11:07
Delegado de Polícia: Ronaldo Sciotti Pinto da Silva Filho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 27/12/2019 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Méio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EVERALDO SILVA MARQUES (COMUNICANTE)		
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Idade: 52 anos
Naturalidade: PA - Santarém	Profissão: Funcionário Público	
Estado Civil: Casado(a)		
Nome da Mãe: Anita da Silva Marques	Nome do Pai: Alvino Vieira Marques	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 311.263.162-53

RG - Carteira de Identidade: 187584

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R N-25

Nº: 256

Bairro: Doutor Sílvio Botelho

CEP: 69.314-493

Telefone: (95) 99153-9380 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)		
Nacionalidade: Brasileira		Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 311.263.162-53	Placa NAT 1891
Renavam 00907019323	Número do Chassi 9C2KDO3107R010137
Ano/Modelo Fabricação 2007/2006	Cor VERMELHA
UF Véículo Roraima	Município Véículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA NX 150 BROS ESD	Véículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001197/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Everaldo Silva Marques	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Marca/Modelo HONDA BIZ	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O senhor acima qualificado, compareceu a esta delegacia para nos informar que conduzia sua motocicleta na rua N 21 e que quando o sinal abriu para que ele entrasse na rua S 02, foi atingido pela motocicleta BIZ, conduzida por uma mulher, que chegou a parar, mas logo fugiu do local, por isso ele não sabe o nome e nem lembra a cor da BIZ; que devido o acidente a vítima teve alguns dedos do pé esquerdo fraturados; que a vítima foi socorrida por populares e conduzido ao Trauma do Hospital Geral de Roraima. este é o relato do fato.

ASSINATURAS

José Maria de Souza Moura
Agente Carcerário
Matrícula 42000193
Responsável pelo Atendimento

Everaldo Silva Marques
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





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

1ª Classificação | Reclassificação _____

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass:

Reclassificação _____:
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.:

Reclassificação _____ :
____ Vermelho
____ Laranja
____ Amarelo
____ Verde
____ Azul Ass.:

Av. Brigadeiro Eduardo Góes, 3000		Vermelha	Azul Ass.: Azul Ass.	Azul Ass.: Azul Ass.	DIURNO 07-19	14	
1901202549	27/12/2019 13:15:17	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA			
Paciente EVERALDO SILVA MARQUES		Data Nascimento 27/11/1968	Idade 51 A 1 M 0 D	CNS 700000568859302	CPF 31126316253	Prontuário 00042872	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 187584	Órgão Emissor SSP/ PA	Data Emissão M	Estado Civil Sexo Naturalidade PARDA	Nacionalidade BRASILEIRA		
Mãe ANITA DA SILVA MARQUES			Pai ALBINO VIEIRA MARQUES		Contato (95) 99153-9380	Ocupação NÃO INFORMADA	
Endereço RUA - N-22 - 91 - DOUTOR SILVIO BOTELHO - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio 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.	Peso	Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTÂNEA		Procedimento Sol.			Registrado por: ANTONIA.SOARES	
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> 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			74	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SADT - Exames Complementares	<input type="checkbox"/> RAIOS-X	<input type="checkbox"/> ULTRA-SON	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
				 <i>Dr. J. H. Petec CRM 13557/RS - Cirurgião Geral</i>		 <i>U. SAW. 20/0</i> <i>Carteira de Atendimento</i> <i>Cópia do Recibo do Original</i> <i>que foi apresentado neste Hospital</i>	
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>ORTHOPEDICO</i>			<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: <i>1/1/19</i>			
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família		<input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: antonia.soares
Data Hora: 27/12/2019 13:16:34



01/12/2020
Ortopedista (Dr. Porcaro +)
Paciente relata acidente de
trânsito com trauma direto
em pé () Agmedicando Fx
Em base de 2^o, 3^o e 4^o MTE ()
Clínico: Fisioterapeuta com talas
Cessador
Analgesia
DGS (Keto)

Dr. Pedro de S. Fausto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2020





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Visualizar e deitar em <https://pjvrm.gknrj3k9sp.j28ay>
Validador: PJVRM_GKNRJ3K9SP_J28AY





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200115079

Vítima: EVERALDO SILVA MARQUES

Data do Acidente: 27/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE SANTANA FEITOSA GUIMARAES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), EVERALDO SILVA MARQUES

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Pag. 0114901150 - carta_07 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15648147