

SINISTRO 3170597273 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 02454384248

Posição em 27-02-2018 11:34:34

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

OK

99172-1463

99144-5293 (Imão)
Alston

Esposa Daniela Dacena Silva de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
3º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031185/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/08/2017 07:22 Data/Hora Fim: 30/08/2017 07:38
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 807236 Data: 21/08/2017
Delegado de Polícia: Adriano Silva Severino Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 3º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 21/08/2017

Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Santa Tereza

Logradouro: rua mandi cruzamento com rua piraiba

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1093: Acidente de trânsito sem vítima - Outros	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: NILTON NASCIMENTO DA SILVA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 37

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Estado Civil: Casado(a)

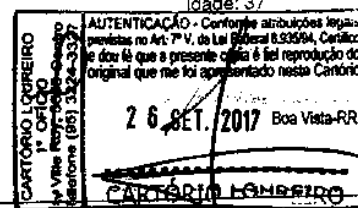
Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua queila

Bairro: cambará

Nº: 108



Nome: GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 23

Profissão: Porteiro

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua aldebara

Bairro: jardim primavera

Nº: 52

Dr. Ed. Severino de Sousa Junior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

Nome: DANIELA DACIANA OLIVEIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 24

Profissão: Balconista

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua aldebara

Bairro: jardim primavera

Nº: 52

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

Acidente de trânsito com vítima, envolvendo os acima citados, onde já havia uma viatura do SAMU, prestando atendimento onde NILTON, conduzia uma MOTO HONDA, TITAN 125, AZUL NAH 1871 e, GIOVANE, conduzia uma motocicleta que a guarnição ao chegar no local haviam removido a referida motocicleta, e que ambos os veículos colidiram no cruzamento da via citada. Acrescenta ainda que GIOVANE se negou a prestar as informações referente a motocicleta, ambos foram encaminhados ao PSE. É o relato.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

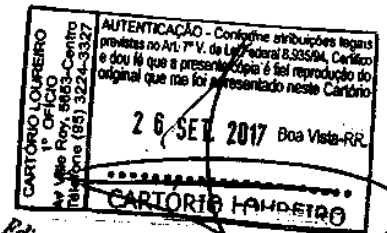
Nº: 031185/2017

ASSINATURAS

Levy Pereira Sampaio
Responsável pelo Atendimento

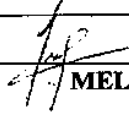
POLICIA MILITAR DE RORAIMA
Comunicante

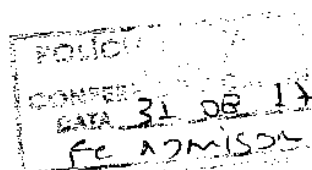
"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Dr. Edil Severino de Souza Júnior
Tabelião Substituto
Cartório Loureiro

EM BRANCO
CARTÓRIO LOUREIRO

PMRR-CIPTUR							RELATÓRIO DE Ocorrência POLICIAL		SÉRIE J 807236	
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/H	H/Fir			
107	CIPTUR	21/08/2017	OESTE	18:13	18:13	18:20	19:20			
Cód. Oc.		Cód. Prov.		Cód. Ser. Prest.		Km/Ini.	Km/Fin			
1001/1003		13005/ 13006/ 13023		XXXXXXXXXX		80974	80981			
LOCAL DE Ocorrência										
Rua: RUA MANDI C/ RUA PIRAIBA			Bairro: SANTA TERESA			Refs.: CRUZAMENTO				
PESSOAS RELACIONADAS										
1 ENVOLVIDO Nome: NILTON NASCIMENTO DA SILVA Idade: 37 E. Civil: CASADO										
Endereço: RUA QUEILA, 108 CAMBARA										
Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH NÃO POSSUI Profissão: SERVIÇOS GERAIS										
2 ENVOLVIDO Nome: GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA Idade: 23 E. Civil: CASADO										
Endereço: RUA ALDEBARA, 52 JARDIM PRIMAVERA										
Edt. R.G. CPF: 024.543.842-48 CNH NÃO POSSUI Profissão: PADEIRO										
3 GARUPA Nome: DANIELA DACIANA OLIVEIRA DA SILVA Idade: 24 E. Civil: CASADA										
Endereço: RUA ALDEBARA, 52 JARDIM PRIMAVERA										
Edt. R.G. NÃO PORTAVA CNH Profissão: BALCONISTA										
Veículos Envolvidos										
- Veículo Item 01: Honda/ Titan 125 cor Azul placa NAH 1871 – toda parte da frente destruída. - Veículo Item 02: foi retirada do local pelo condutor.										
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										
ASSINATURA  CARGO Ag. pol LOCAL 3-D-2										
HISTÓRICO										
Senhor (a) Delegado (a), Informo que fomos acionados pelo CIOPS para uma ocorrência de acidente de trânsito com vítima no endereço supracitado, e que no local foi constatado a veracidade do fato, onde já havia uma viatura do SAMU atendendo as vítimas, e a viatura 631 fazendo o isolamento do local. Que segundo os envolvidos: o Item 01 trafegava com a Honda/Titan na Rua Mandi sentido Bairro Cambara, e o Item 02 trafegava numa motocicleta desconhecida na Rua Piraiba sentido Bairro/Centro; Que no momento em que o Item 01 cruzou a Rua Piraiba o Item 02 colidiu na sua motocicleta; Que no local havia sinalização de trânsito (placa de PARE) para o Item 02; Que a Item 03 estava de garupa do Item 02; Que os Item 01, 02 e 03 foram removidos pelo SAMU ao Pronto Socorro; Que a perícia não foi acionada porque o Item 02 retirou a sua motocicleta do local antes da chegada desta guarnição, impossibilitando o serviço da Perícia. E se negou a informar os dados da motocicleta. O Item 02 também não possui CNH e nem PPD; Que a motocicleta do Item 01 foi liberado para o Sr. Diego Rafael de Oliveira Moraes CNH 04361286409 parente do mesmo; Que não houve acordo entre as partes no local; Que os Itens 01 e 02 não foram apresentados nesta Delegacia por terem ficado no PSE para procedimentos médicos Era o que tinha a informar.										
 MELQUIS			40.319-9 CADASTRO		SGT-PM Posto/Graduação		CIPTUR SUOp			





FICHA DE ATENDIMENTO

Unidade: **Bravo II** Equipe: **Coord: Bispo Tec: Tamariz**
 Paciente: **Gio Vane Silva de Oliveira** Idade: **23** Sexo: **M**
 Endereço: **R. Piratuba 01 mandi - S. Terça**
 Nº: **13532** DATA: **28/08/17** HORA: **18:13**
 Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRP: **Anderson** **18.19**

☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO

AUTOMÓVEL Cinto ☐ SIM ☒ NÃO Vitima ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☒ NÃO Motorista: ☐ dianteiro ☐ traseiro Passageiro: ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	MOTO: ☒ Condutor ☐ Carona Capacete ☐ SIM ☒ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão	VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:
--	--	--	---

Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☒ Apnéia ☐ Outros	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☒ Ferida Aspirativa espontaneo	Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ Miose ☒ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêa ☐ Otorrêa ☐ Rinorrêa ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV
---	---	--	---

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Início 18:30	130/80	124	20	100			15	
Fim								

Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfema Sub-Cutâneo	Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
--	--	---	--	---	--

Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor	Membros ☐ Contusão ☒ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura ☐ Amputação
--	--	---	---

☒ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ F flutter	☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
--	---	--	---	---	---

☐ ILESO ☐ SEVERA ☐ PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Rote ☐ Bombeiro no local:	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:
☐ Iniciada as: ☐ Término as:	DADOS PESSOAIS DA VITIMA Brasileiro

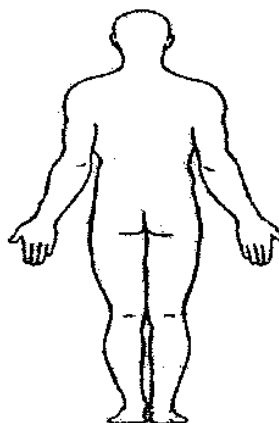
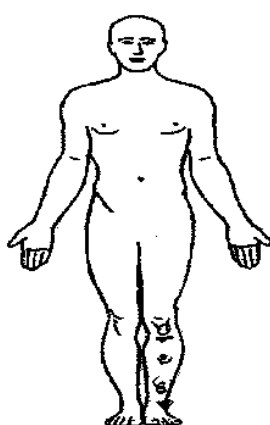
*993

ATENDIMENTO [] Atendido no local [x] Trauma HGR [] Pronto Atendimento [] Coronel Mota	[] Cosme e Silva [] HCSA [] Maternidade [] Outros

ERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

paciente traumático foi encontrado deambulando com
lesões na perna (E) LOTE, com SSUV preservados por
campeado ao GT conforme RM e este que com
ida
Tamires Leandro da Silva
Téc. em Enfermagem
COREN RJ 000000000

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
	Adulto	Menores de 5 anos	Escala				
Abre os olhos	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4	Resposta Verbal (mm)	10 - 24	4	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		25 - 35	3	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		≥ 36	2	
Orientado	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1	Resposta Verbal (mm)	01 - 09	1	
	Orientado	Balbuia	5		0	0	
	Confuso	Choro imitado	4		> 90	4	
Resposta verbal	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3	Resposta Verbal (mm)	70 - 89	3	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		50 - 69	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		01 - 49	1	
Resposta motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Resposta Motora (mm)	0	0	
	Localiza a dor	Retira-se do local	5		14 a 15	5	
	Flexão normal	Retira-se da dor	4		11 a 13	4	
Resposta motora	Flexão anormal	Flexão normal	3	Resposta Motora (mm)	8 a 10	3	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		5 a 7	2	
	Nenhuma	Nenhuma	1		3 a 4	1	
ESCALA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			



EM 25/09/17
Sofiane

GESTANTE IG pr/semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ [] Com cartão [] Sem cartão	MATERIAL E MEDICAÇÃO OS PCT gaze
---	-------------------------------------

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1700825949	21/08/2017 18:52:24	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19	44
Paciente GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA		Data Nascimento 28/05/1994	Idade 23 A 2 M 26 D	CNS 704001809471564	CPF 02454384248	Prontuário	
Orgão Emissor SSPPA	Data Emissão 25/04/2006	Sexo M	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor PARDA	Naturalidade ITAUBA - PA	Contato (95) 99175-0154	
Mãe MARIA DAS GRACAS SILVA DE OLIVEIRA		Pai NAO DECLARADO				Ocupação PADEIRO	
Endereço RUA - ALDEBARA - 92 - JARDIM PRIMAVERA - 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	
Sector GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: WESLLEN.ROCHA			
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h) <i>paciente vítima de queda jogando futebol.</i>							
Exame Físico <i>Bom, wte. Am. exposto.</i>							
Hipótese Diagnóstica <i>Entorse do joelho?</i>							
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: _____							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>1) Orientação</i>							
Condução ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revolução ☐ Internação ☐ Transferência para _____ 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			
Impresso por: wesllen.rocha Data Hora: 21/08/2017 18:53:01				<i>Dr. José Ferreira</i> MEDICO CRM - RR 1897			
				 1700825949			

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Giovane Silva de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 345936-6 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.543.842-48, residente e domiciliado na R: Aldebará, Cidade Bom Vista, Estado Roraima, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Giovane Silva de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Bom Vista, 31/10/17

Local e data

Distribuição Foralme

Para contato com o
Serviço, informe
este NÚMERO

000078382

Secretaria de Planejamento e Gestão - SGP
Rua Cel. João de Deus, 100 - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01010-000 - Fone: (11) 3061-1000
Fax: (11) 3061-1001 - E-mail: sgp@sp.gov.br
Site: www.sp.gov.br

AGOSTO/2017 06/09/2017 301 159,69

MARIA DAS GRACAS OLIVEIRA SOUZA
R. ALDEBARA 52 JARDIM PRIMAVERA
CPF: 00038826380287
CEP: 69.314-192 - BOA VISTA

ROT: 11.001.19.01.159300

Atual:	35200	18/08/2017
Anterior:	34899	18/07/2017
Consumo atual:	1,000	18/09/2017
Consumo anterior:	301	18/08/2017
Consumo faturado:	301	18/08/2017
Consumo faturado:	NORMAL	31

RESID.BX.RENDA MONO 2711704 N 1511767 1.4.1.1 400

JUL/17	338	CONSUMO	30 A R\$	0,142228	4,28
JUN/17	414		70 A R\$	0,243819	17,06
MAI/17	397		120 A R\$	0,365734	43,88
ABR/17	459		81 A R\$	0,406373	32,91
MAR/17	536	SUBVENCAO BAIXA RENDA	-	24,20	
FEV/17	479	DIFERENCA DE TARIFA 07/16-00			47,99
JAN/17	551	CORRECAO MONETARIA IG 07/16-00			1,78
DEZ/16	400	ILUMINACAO PUBLICA			11,81
NOV/16	323				
OUT/16	288				

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/09/2017, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a listagem de contas vencidas e já reavaliadas: no valor de R\$ 542,22 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) FODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. / IBGE CENSO AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

6C37.CB8E.4E56.8396.48A3.1154.0A8A.18F9

34,57	98,11
45,98	17,00%
0,00	16,67
0,89	0,00
16,67	0,00

5,55 11,10 22,21 3,67 7,35 14,70 3,20
0,08 1,00 0,00

FLORESTA 06/2017 50,72

ROT: 11.001.19.01.159300

Distribuição Foralme

Para contato com o
Serviço, informe
este NÚMERO

000078382

Secretaria de Planejamento e Gestão - SGP
Rua Cel. João de Deus, 100 - Centro - São Paulo - SP
CEP: 01010-000 - Fone: (11) 3061-1000
Fax: (11) 3061-1001 - E-mail: sgp@sp.gov.br
Site: www.sp.gov.br

08/2017 06/09/2017

83670000001 8 59690075000 8 00000000028 1 07040817008 5



6 fuzos

5025

PADRÃO

D. A. 21/8/17

sim
Rop } sim

Juntado) da 1ª vez

~~R. A. 21/8/17 89 PINTO~~

~~FEN~~

~~HOJE~~

~~991295940~~

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, padeiro, portador da Cédula de Identidade nº 345636-6 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 024.543.842-48, residente e domiciliado na Rua Aldebara, nº 52, Bairro: Jardim Primavera, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 02 de Fevereiro de 2018.

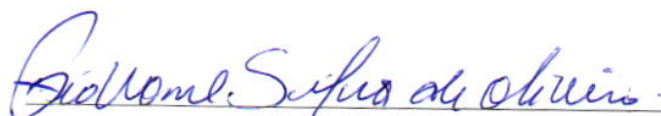

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA, brasileiro, solteiro, padeiro, portador da Cédula de Identidade nº 345636-6 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 024.543.842-48, residente e domiciliado na Rua Aldebara, nº 52, Bairro: Jardim Primavera, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

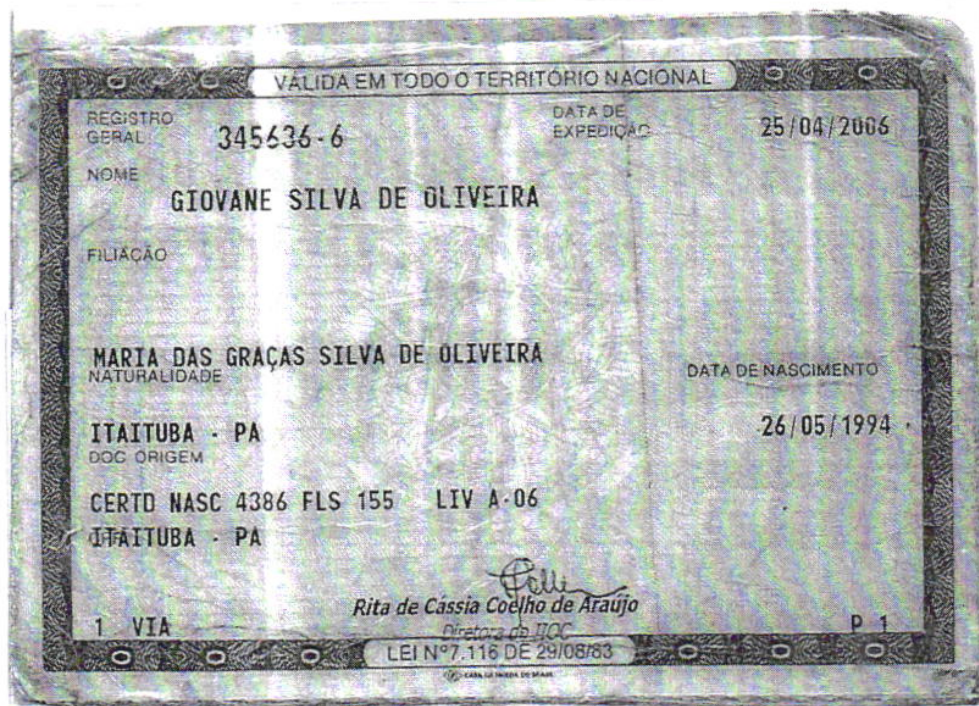
Boa Vista-RR, 02 de Fevereiro de 2018.


DECLARANTE

1 - E DA SILVA AGUIAR EPP			RECIBO DE PAGAMENTO DE SALÁRIO	
AV CARLOS PEREIRA DE MELO, 3510 69313-630 BOA VISTA / RR				
CNPJ: 01.669.026/0001-90			Referente ao mês de Janeiro/2019	
Código	Nome do funcionário			
2080	GIOVANE SILVA DE OLIVEIRA			
	CBO : 8483-05 Função: 18 AUXILIAR DE PADEIRO			
	Admissão 02/01/2018 CPF 024.543.842-48 PIS 162.50051.07.5 CTPS 04427056 00040			
CÓDIGO	DESCRIÇÕES	REFERÊNCIAS	PROVENTOS	DESCONTOS
5	Salário Mensalista	30,00	1.026,00	
101	Adicional Insalubridade		205,20	
340	Adicional Noturno Rendimento Variável	8,09	7,60	
411	Horas Extras 100%	7,16	81,87	
451	Horas Extras 50% Noturna	1,16	12,87	
542	D.S.R. Rendimentos Variáveis	27,00	1,13	
543	D.S.R. Horas Extras	27,00	14,04	
9002	Arredondamento Provento Folha		0,91	
217	Faltas não Justificadas Horas	1,52		10,53
9003	Arredondamento Desconto Folha			0,28
9034	Arredondamento Desconto 13º Folha			0,76
9101	I.N.S.S.	8,00		107,05
		Totais	1.349,62	118,62
			SALÁRIO LÍQUIDO	R\$ 1.231,00
Salário base	Base INSS	Base FGTS	Valor FGTS	Base IRRF
1.026,00	1.338,18	1.338,18	107,05	1.231,13

Declaro ter recebido o valor líquido deste recibo.

De 02/02/2019 Assinatura do funcionário: *Giovane Silva de Oliveira*



[illegible][illegible]