



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

### PROCURACÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE:** EDUARDO ANDRADE DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: pescador, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 347901-3 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 538.424.642-15, residente na Vc.16 KM 01, nº S/N, Bairro: Zona Rural, CEP 69.340-000 no município Nova Colina/RR, telefone: 99143-8499, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com, 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 RAFFAELA 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 judicia 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.

Boa Vista/RR \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Eduardo Andrade de Souza

Outorgante

CPF/MF nº



*Dr. Paulo Sérgio de Souza*  
OAB/RR 317B

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

*Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo*  
OAB/RR 1376

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

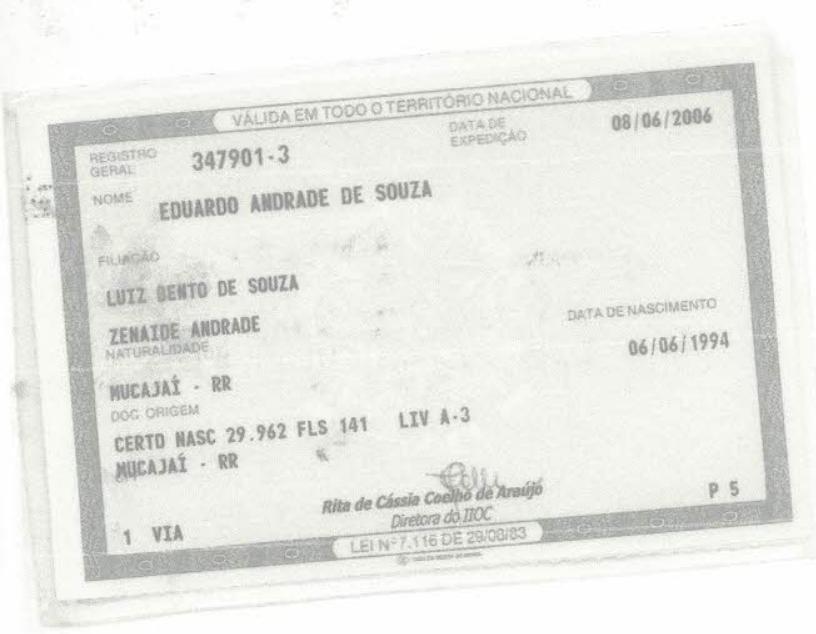
**EU:** EDUARDO ANDRADE DE SOUZA, estado civil solteiro, profissão, pescador, RG nº 347901-3 SSP/RR, e CPF nº 538.424.642-15, residente e domiciliado (a) à Vc. 16 KM 01, nº 357 Bairro: Centro, CEP 69.340-000 Cidade de Nova Colina - Roraima, telefone (95) 99143-8499, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com.

**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 lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Eduardo Andrade de Souza

**DECLARANTE**





**BOA VISTA ENERGIA S.A.**

AV. CAPITAO ENE GARCEZ 691  
CENTRO - BOA VISTA - RR - CEP: 69.301-160  
CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

**Atendimento: 08007019120 www.eletrobrasroraima.com**

Ovidoria: 08000951152 (07h30min às 17h00min)

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 008963

Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

**ZENAIDE ANDRADE**

**V. 16 KM 01 ,**

**RURAL -**

**CEP 69.000-000 - NOVA COLINA - RR**

**CPF 153.950.732-72 RG 50.156 SSP**

Roteiro: 083.11.16.000250

Para contato com a empresa,  
informe este número

**Código Único**  
**0534190-6**

| Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares |                       |                    |                      |                   |              |              |                |
|---|-----------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------|--------------|----------------|
| Emissão   | Data Leitura Anterior | Data Leitura Atual | Data Próxima Leitura | Dias de Consumo   | Apresentação | Mês Faturado |                |
| 06/03/2017  | 18/01/2017            | 23/02/2017         | 20/03/2017           | 36                | 06/03/2017   | 02/2017      |                |
| Cod. Fat.   | Classe/Subclasse      | Ligaçāo            | Poste                | Forma Faturamento | Motivo FD    | Número FD    |                |
| 4.2.2.1   | Rural Agropastoril    | Monofásica         |                      | Minímo            |              |              |                |
| Consumo   | Medidor               | Leit. Atual        | Leit. Anterior       | Constante Fatur.  | NPL          | Cons. Medido | Cons. Faturado |
|   | 5001158               | 7111               | 7101                 | 1,00000           | 5            | 10           | 30             |

| Histórico | kWh | Composição da Tarifa   | Itens Faturados | Tar. sem Impostos | Valor |
|-----------|-----|--|-----------------|-------------------|-------|
| 01/2017   | 10  | TUSD (*)   | 3,03            |                   |       |
| 12/2016   | 10  | TE (*)   | 4,00            |                   |       |
| 11/2016   | 10  | Transmissão  | 0,00            |                   |       |
| 10/2016   | 10  | Encargos   | 0,07            |                   |       |
| 09/2016   | 11  | Tributos   | 1,59            |                   |       |
| 08/2016   | 10  | (*) TUSD=Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição. TE=Tarifa de Energia. |                 |                   |       |
| 07/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| 06/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| 05/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| 04/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| 03/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| 02/2016   | 10  |  |                 |                   |       |
| Média     |     | Pis 0,2562 % - 0,02  |                 |                   |       |
| 12 meses  | 10  | Cofins 1,2441 % - 0,10   |                 |                   |       |

| Indicadores de Continuidade: 12/2016 |        |           |                  |
|--------------------------------------|--------|-----------|------------------|
| Cj:                                  |        | EUSD      | R\$ 0,00         |
| Meta                                 | Mensal | Realizado | Trimestral Anual |
| DIC                                  | 0,00   | 0,00      | 0,00             |
| FIC                                  | 0,00   | 0,00      | 0,00             |
| DMIC                                 | 0,00   | 0,00      | 0,00             |

#### => Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=> Ligue para 08007019120 e faça opção de vencimento de sua conta 1 6 11 16 21 26

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

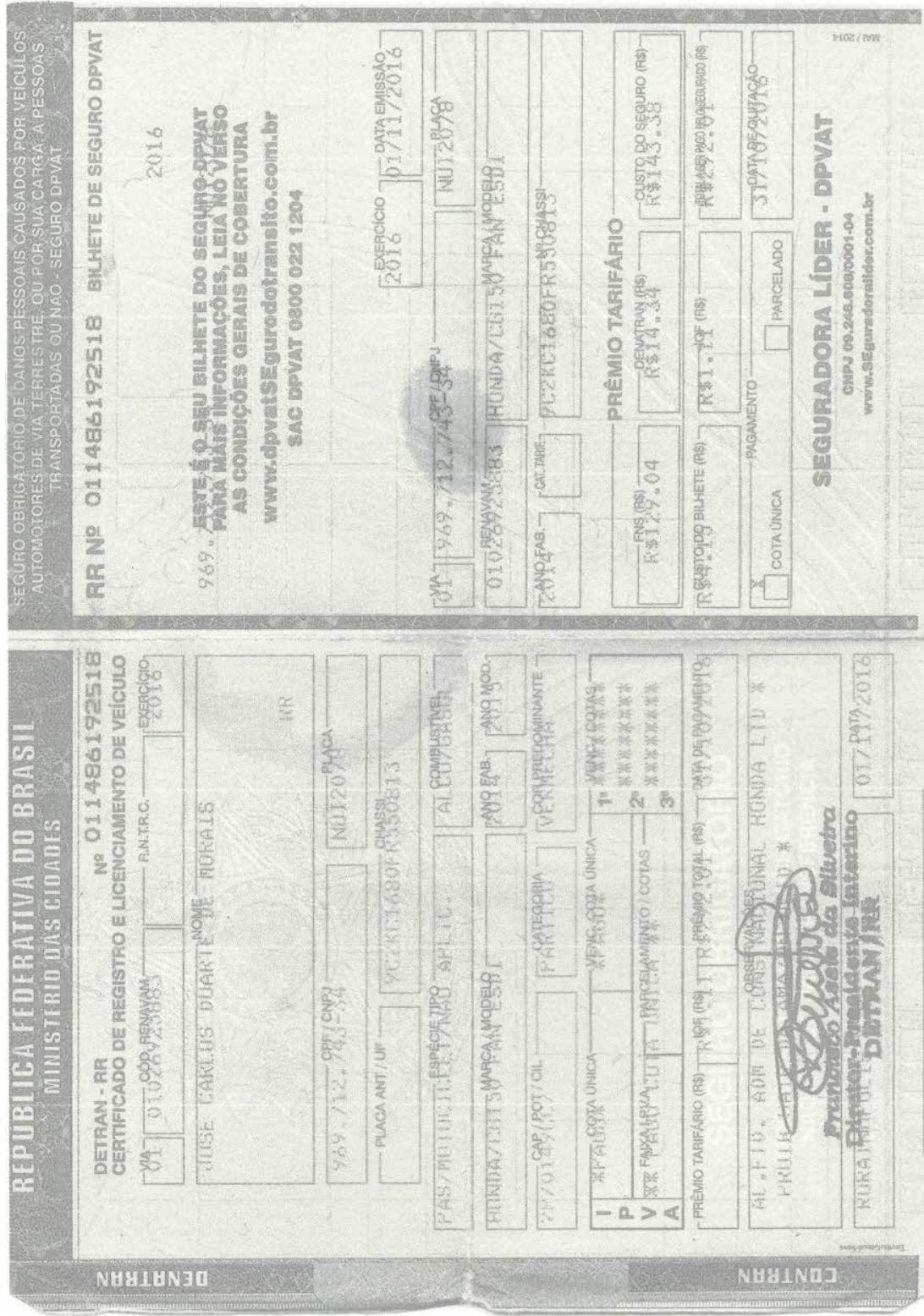
Base de Cálculo 8,69      Alíquota 17,00      Valor do ICMS 1,47

Vencimento 25/03/2017

Valor a Pagar R\$ 8,69

Reservado ao Fisco  
RF50 F9F1.69B2.2FBC.3139.B04A.AE91.A074

FaturaEventual.qsp V.8.23 30/08/2012





ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE RORAINÓPOLIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA: **606/16**

DATA: 24/03/2017

HORA: 08:48

ATENDENTE: JHONATAN SYMON

DELEGADO(A) TITULAR:

CID GUIMARÃES

DADOS DO LOCAL DA OCORRÊNCIA

DATA: 23/12/2016

HORA: 08:00

LOCAL: VICINAL 16, KM 01- RORAINOPÓLIS-RR.

DADOS DO COMUNICANTE

NOME: EDUARDO ANDRADE DE SOUZA RG: 347901-3 SSP/RR CPF: 538.424.642-15  
DATA DE NASCIMENTO: 06/06/1994 IDADE: 22 ANOS SEXO: MASCULINO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRA CIDADE: MUCAJÁI UF: RR  
PAI: LUIZ BENTO DE SOUZA MAE: ZENAIDE ANDRADE

GRAU DE ESCOLARIDADE:

ENDEREÇO: VICINAL 16, KM 01, Nº380- RORAINOPÓLIS-RR.

REFERÊNCIA

TELEFONE PJ

CÓDIGO

INFRAÇÃO

DESCRÍÇÃO

1001

INFRAÇÕES DE TRANSITO

ACIDENTE DE TRAFEGO COM VITIMA LESÃO CORPORAL

BREVE RELATO DO FATO

Senhor Delegado, o acima qualificado nos informou que estava pilotando a motocicleta MARCA/MODELO HONDA CG 150 FANESDI, PLACA NUI 2078, COR PRETA, RENAVAM 01026925883, CHASSI 9C2KC1680FR550813, em nome de JOSÉ CARLOS DUARTE DE MORAES, CPF Nº 969.712.743-34, no dia 23/12/2016 por volta das 08:00 horas, quando ao passar em uma poça de lama o pneu da motocicleta derrapou fazendo com que perdesse o controle da motocicleta vindo a cair. Que o comunicante foi socorrido e levado ao Hospital desse município, que sofreu escoriações e lesões conforme prontuário médico.

Era o que tinha a comunicar.

Jhonatan Symon  
AGENTE DE POLÍCIA

*Eduardo Andrade de Souza*  
EDUARDO ANDRADE DE SOUZA  
COMUNICANTE

Intimado para o dia \_\_\_\_\_

DESPACHO

- ( ) Fato atípico, arquive-se.    ( ) Intimar Comunicante    ( ) Intimar as partes  
( ) Ao S. I. para providências    ( ) Aguardar audiência    ( ) Encaminhe para: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**PROVA DEATO DECLARATÓRIO  
GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

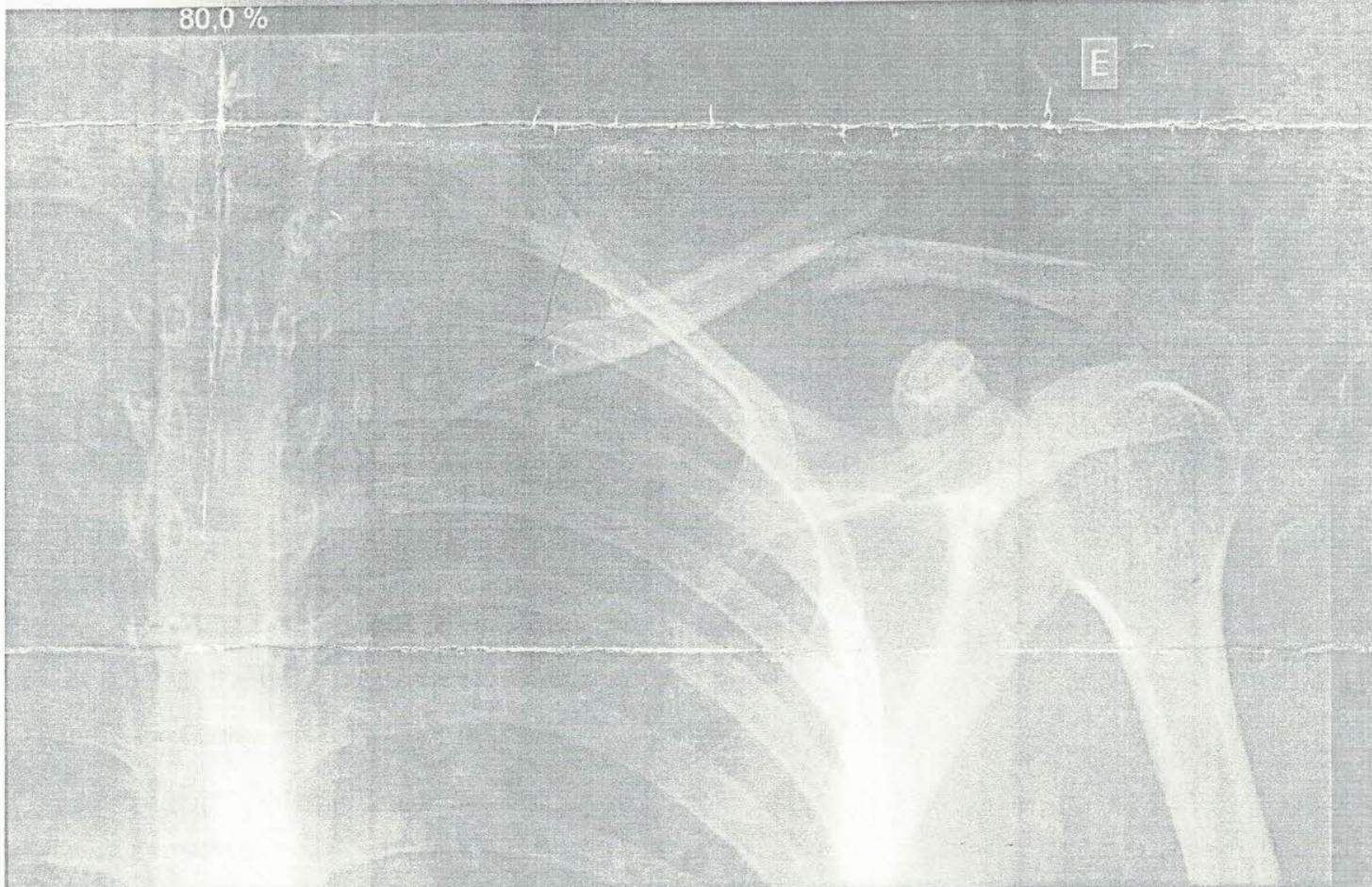
|   |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
|---|---|--|--|--|---|--|---------------------|----------|----------------------|--|
| 01  | DADOS DO (A) PACIENTE:                                    | DATA DE ATENDIMENTO =>                                 | DIA                                    | MÊS  | ANO   | HORA   | NÚMERO DE REGISTRO  |          |                      |  |
| Nome: <i>Eduardo Sandro de Souza</i>  |   |  | <i>28</i>                              | <i>12</i>  | <i>2016</i>                                 | <i>08:19</i>                                   |                     |          |                      |  |
| DATA NASC.  | dia   | Mês  | Ano                                    | Idade:   | Documento de Identificação                  | C.P.F.   | SEXO: M (X) / F ( ) |          |                      |  |
| <i>06</i>   | <i>06</i>   | <i>1994</i>  | <i>22</i>                              |  |   |  |                     |          |                      |  |
| End: Rua / Avenida  | Vila União  | 16 Km 01   | Lote                                   | Nº   | Complemento:                                |  |                     |          |                      |  |
| Bairro:   | <i>AP.</i>  | Município:   | <i>Colínea</i>                         | Estado (UF)  | <i>RO</i>                                   | Telefone:                                      |                     |          |                      |  |
| FILIAÇÃO  | PAI   | <i>Luiz Bento de Souza.</i>                            |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
|   | MÃE   | <i>Zenaidor de Andrade</i>                             |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| 02  | DO ACIDENTE:  | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA                    | <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA   | <input type="checkbox"/> TRABALHO  | <input type="checkbox"/> TRÂNSITO           | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)    |                     |          |                      |  |
| 03  | DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:                                 | <input type="checkbox"/> TRANSPORTADO                  | <input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA | <input type="checkbox"/> REMOVIDO  | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER) |  |                     |          |                      |  |
| 04  | TIPO DE ACIDENTE:   | <input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO                    | <input type="checkbox"/> QUEIMADURA    | <input type="checkbox"/> ENVENAMENTO   | <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO    | <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)    |                     |          |                      |  |
| Outros (descrever)  |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| TEMP:   |   |  | PESO / Kg:                             |  |   | P.A.   | X                   | m.m.h.g. |                      |  |
| 05  | SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:                      |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| PROFISSÃO   |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| DIA   | MÊS   | ANO  | HORA                                   | OBSERVAÇÕES  |   |  |                     |          |                      |  |
|   |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| 06  | DOENÇA OCUPACIONAL:                                       | <input type="checkbox"/> SIM                           | <input type="checkbox"/> NÃO           | <input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR)                                  |   |  |                     |          |                      |  |
| 07  | INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:<br>ESPECIALIDADE: |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| RESUMO CLÍNICO:<br><i>No 03/17 Frat de clavicular consolidada</i>                     |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| EXAME FÍSICO:<br><i>loucos p DPVAT</i>  |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):<br><i>Confere com original</i> |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):<br><i>05.3.1000001-00</i>          |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| DIAGNÓSTICO:<br><i>HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO</i>        |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| PROVÁVEL: DEFINITIVO:   |   |  |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| 08  | DO (A) PACIENTE:  | <i>Br. 174 - Km 488.</i>                               |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| REMÓVIDO (A) PARA   |   | <i>CEP: 69.370-970</i>                                 |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| INTERNADO NO (A)  |   | <i>RORAINÓPOLIS RR</i>                                 |  |  |   |  |                     |          |                      |  |
| <input type="checkbox"/> ALTA   |   | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO |  | <input type="checkbox"/> SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO, QUANTOS DIAS? |   |  |                     |          |                      |  |
| DIA   |   | MÊS  |  | ANO  |   | RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE |                     |          | CARIMBO E ASSINATURA |  |

Dr. Jonatas Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
1759 TEOT 14277  
CRM-RR



80,0 %

E



70,0 %

EDUARDO ANDRADE DE SOUZA

21520

06/06/1994

Hospital Regional Sul Ottomar de Souza Pinto

Masculino

23/12/2016

10:59:43

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

### **SINISTRO 3170464262 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA EDUARDO ANDRADE DE SOUZA**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E  
CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR**

**BENEFICIÁRIO EDUARDO ANDRADE DE SOUZA**

**CPF/CNPJ:** 53842464215

**Posição em 20-10-2017 18:36:03**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

| Descrição                       | Tipo   | Status       | Nome |
|---------------------------------|--------|--------------|------|
| Comprovação de ato declaratório | Vitima | Não Conforme |      |



|  |  |
|--|--|
| Visto  |  |
| <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Bienal |  |
| Validade:  |  |
| ____ / ____ / ____   |  |
| Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA                 |  |

|  |  |
|--|--|
| Visto Bienal                                   |  |
| Validade:                                      |  |
| ____ / ____ / ____                             |  |
| ____ / ____ / ____                             |  |
| Data / Assinatura e Carimbo de Servidor do MPA |  |

Nº 0744030