

## **PROCURAÇÃO**

**Outorgante:** Sra. **MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 123.832 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 446.249.052-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Maestro Dirson Costa, nº 181, Bairro: Jardim Caranã, CEP: 69.313-708, Tel. (95) 99146-0421 / 98401-2444.

**Outorgados:** Bel. **EDSON SILVA SANTIAGO**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, e **OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR**, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicia**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019.

**MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR/UF  
123832 SSP RR

CPF  
446.249.052-53

DATA NASCIMENTO  
31/01/1972

FILIAÇÃO  
ARIOSVALDO ALVES DE MOURA  
HELENA OLIVEIRA DE MOURA

PERMISSÃO  
ACC  
CAT.HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
01101953445

VALIDADE  
16/10/2019

1ª HABILITAÇÃO  
23/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO  
17/10/2014

ASSINATURA DO EMISSOR  
Edson Dantas Santos  
Diretor - Presidente  
DETRAN RR

62884041351  
RR207755256

DETRAN - RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
909928957

PROIBIDO PLASTIFICAR  
909928957







## Eletrobras

### Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

**SEU CÓDIGO**  
**0031843-4**

**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 **000790358**  
 A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS        | VENCIMENTO        | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------------|-------------------|---------------|---------------------|
| <b>MAIO/2018</b> | <b>15/06/2018</b> | <b>179</b>    | <b>132,59</b>       |

**MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA**  
**R. MAESTRO DIRSON COSTA, 181 JARDIM CARANA**  
**CPF: 00044624905253**  
**CEP: 69.313-709 - BOA VISTA** **ROT: 7.001.11.02.200600**

| DADOS DA LEITURA            |       | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|
| Atual:                      | 8789  | Atual:           | 22/05/2018 |
| Anterior:                   | 8610  | Anterior:        | 20/04/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | Próxima Leitura: | 22/06/2018 |
| Consumo Medido:             | 179   | Emissão:         | 21/05/2018 |
| Consumo Faturado:           | 179   | Apresentação:    | 22/05/2018 |

Forma de Faturamento: **NORMAL** | Fator de Potência: **FCAM** | Dias de Consumo: **32**

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |           |                    |                |                |                |
|------------------------------|-----------|--------------------|----------------|----------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação   | Número Medidor     | Poste          | Código Fat.    | Média 12 meses |
| <b>RESIDENCIAL</b>           | <b>BI</b> | <b>13LDB052060</b> | <b>1517845</b> | <b>1.1.1.2</b> | <b>168</b>     |

| HISTÓRICO kWh   | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|-----------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO 179 A R\$ 0,571202 = 102,24 |
| ABR/18 157      | CORRECAO MONETARIA DA 02/18-00 0,12 |
| MAR/18 151      | CORRECAO MONETARIA IG 02/18-00 0,47 |
| FEV/18 162      | MULTA POR ATRASO DE I 02/18-00 1,50 |
| JAN/18 145      | JUROS DE MORA POR ATR 02/18-00 0,38 |
| DEZ/17 186      | MULTA POR ATRASO 02/18-00 1,86      |
| NOV/17 169      | JUROS DE MORA DE IMPO 02/18-00 1,43 |
| OUT/17 189      | ILUMINACAO PUBLICA 24,59            |
| SET/17 169      |                                     |
| AGO/17 212      |                                     |
| JUL/17 160      |                                     |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
 0 A 179 - 0,456770

| MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mes/Ano                                       | Valor R\$ | Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/06/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 241,85 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso. |
| 04/2018                                       | 117,84    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)  
 LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 690D.82A9.040B.6161.7E99.1147.78CC.91EC

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 30,67 | Base de Cálculo:        | 102,24 |
| Energia:                  | 49,06 | Alíquota ICMS:          | 17,00% |
| Transmissão:              | 0,00  | Valor do ICMS:          | 17,38  |
| Encargos:                 | 2,04  | Valor do PIS:           | 0,54   |
| Tributos:                 | 20,47 | Valor do COFINS:        | 2,55   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |      |      |      |       |      |      |      |
|-----------------------------|------|------|------|-------|------|------|------|
|                             | DIC  | PIQ  | DMIC | DIORI |      |      |      |
| Índice de Continuidade      | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Índice de Qualidade         | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

03/2018 0,00

**ROT: 7.001.11.02.200600**

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**12 JUN 2018**

**GENTE SEGURADORA S/A**  
 Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



## Eletrobras

### Distribuição Roraima

**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**  
**0031843-4**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**  
**132,59**

**MÊS FATURADO**  
**05/2018**

**VENCIMENTO**  
**15/06/2018**

**Nº da Nota Fiscal:**  
**000790358**

**FCAM**

83680000001 7 32590075000 2 00000000031 5 84340518008 7



## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Eu, **MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA**, Brasileira, Solteira, Autônoma, portadora da carteira de identidade nº 123.832 SSP/RR e inscrito no CPF/MF sob o nº 446.249.052-53, residente e domiciliada nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua Maestro Dirson Costa, nº 181, Bairro: Jardim Caranã, CEP: 69.313-708.

**DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019.



---

**MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA**



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 328/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 24/05/2018**

COMUNICANTE: MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

RG: 123832 EXP.: SSP/RR

CPF: 446.249.052-53

ENDEREÇO: RUA MAESTRO DE SÃO COSTA Nº181 BAIRRO: JARDIM CARANÃ

CIDADE: BOA VISTA UF: RR

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: AUTÔNOMA

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 31/01/1972 IDADE: 46 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO SUPERIOR

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99146-0421 Nº REG. CNH: 446.249.052-53

NOME DO PAI: ARIOSVALDO ALVES DE MOURA

NOME DA MÃE: HELENA OLIVEIRA DE MOURA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 10:59 DO DIA 09/01/2018, NA AVENIDA AGNELO BINTERCUORT, BAIRRO CENTRO

A comunicante que é habilitada, relata que na data, hora e endereço acima descrito, QUE A MESMA CONDUZIA UMA MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE, MODELO HONDA/BIZ 125 ES, PLACA NUL-1620, RENAVAM 00271967706, CHASSI 9C2JC4220AR393493, DE ANO 2010/2010; Quando a mesma estava estacionando a motocicleta em um estacionamento de um consultório, e veio a escorregar, a comunicante foi para o HGR por demanda espontânea. Que devido o acidente a mesma teve lesão corporal. QUE ESTE B.O É PARA FINS DE REQUERIMENTOS DE SEGURO DPVAT. É o relato.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO COM LESÃO CORPORAL**

*Maria Eliene O. de Moura*  
MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

**DAT**

24 MAIO 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

*[Assinatura]*  
Agente de Polícia Civil

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

09/01/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

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



| 1800891845                                                                                |  | 09/01/2018 10:59:16                                               |  | FICHA DE ATENDIMENTO                                 |  | TRAUMATOLOGIA                                     |  | DIURNO 07-19                                |  | 13           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------|--|
| Paciente                                                                                  |  | Data Nascimento                                                   |  | Idade                                                |  | CNS                                               |  | CPF                                         |  | Prontuário   |  |
| MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA                                                            |  | 31/01/1972                                                        |  | 45 A 11 M 9 D                                        |  | 898002725031615                                   |  | 44624905253                                 |  |              |  |
| Tipo Doc                                                                                  |  | Documento                                                         |  | Órgão Emissor                                        |  | Data Emissão                                      |  | Sexo                                        |  | Estado Civil |  |
| IDENTIDADE                                                                                |  | 123832                                                            |  | SSP/RR                                               |  | 23/08/1991                                        |  | F                                           |  | SOLTEIRO(A)  |  |
| Mãe                                                                                       |  | HELENA OLIVEIRA DE MOURA                                          |  | Pai                                                  |  | ARIOSVALDO ALVES DE MOURA                         |  | Naturalidade                                |  | - MA         |  |
| Endereço                                                                                  |  | RUA - MAESTRO DIRSON COSTA - 181 - JARDIM CARANA - BOA VISTA - RR |  | Contato                                              |  | (95) 99146-0421                                   |  | Nacionalidade                               |  | BRASILEIRA   |  |
| Class. de Risco                                                                           |  | Plano Convênio                                                    |  | Nº da Carteira                                       |  | Validade                                          |  | Autorização                                 |  | Sis Prenatal |  |
|                                                                                           |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                      |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Motivo do Atendimento                                                                     |  | Caráter do Atendimento                                            |  | Profissional do Atend.                               |  | Procedência                                       |  | Temp.                                       |  | Peso         |  |
| OUTROS                                                                                    |  | URGÊNCIA                                                          |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Setor                                                                                     |  | Tipo de Chegada                                                   |  | Procedimento Sol.                                    |  | Registrado por:                                   |  | VINICIUS.CAVALCANTE                         |  |              |  |
| GRANDE TRAUMA                                                                             |  | DEMANDA ESPONTANEA                                                |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| 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  |  |              |  |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Exame Físico                                                                              |  |                                                                   |  | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                                      |  |                                                                   |  | 1 2 JUN 2018                                         |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| SADI - Exames Complementares                                                              |  |                                                                   |  | GENTE SEGURADORA S/A                                 |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RAIO -X                                               |  | <input type="checkbox"/> ULTRA-SON                                |  | <input type="checkbox"/> URINA                       |  | <input type="checkbox"/> ECG                      |  | <input type="checkbox"/> OUTROS             |  |              |  |
| PRESCRIÇÃO                                                                                |  |                                                                   |  | APRAZAMENTO                                          |  | OBSERVAÇÃO                                        |  |                                             |  |              |  |
| Condução                                                                                  |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                          |  | <input type="checkbox"/> Ambulatório                              |  | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)        |  | <input type="checkbox"/> Internação               |  | Data e Hora da Saída/Alta: / / : :          |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                    |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                   |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <i>Outro</i>                      |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| óbito                                                                                     |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |  | Destino: <input type="checkbox"/> Família                         |  | <input type="checkbox"/> IMC: Anatomia Patológica    |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                     |  |                                                                   |  | Carimbo e Assinatura do Médico                       |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| Impresso por: vinicius.cavalcante                                                         |  | Data Hora: 09/01/2018 10:59:37                                    |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |
| © 2018<br>SISTEC - Soluções em Tecnologia<br>S/A - Hospital em Saúde<br>VIA 4201-01.01.11 |  |                                                                   |  |                                                      |  |                                                   |  |                                             |  |              |  |



Ortopedia 09/01/18  
Paciente vítima acidente de trânsito (carro),  
evoluindo com trauma em pé direito  
na articulação ~~do~~ foi evoluindo com  
fratura da base do 5º MTT com  
as imobilizações, porém, na emergência  
não tem condições para realizar a  
imobilização.

Paciente foi orientado a aguardar ou  
retornar em outro horário para realizar  
a imobilização.

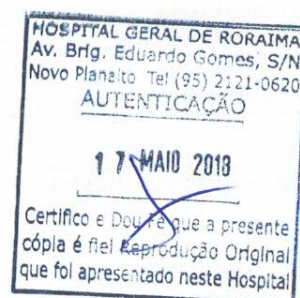
foi feito analgesia + sonda urinária  
& observação constante a retornar.

Assinatura: Dr. Rogério Dias

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19167RR

Rogério Leonardo de Paula Dias  
Médico Ortopedia e  
Traumatologia  
CRM/RR 1205

OBS: Reparo em M.T. D/E Prior!





GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

*Robson Medeiros*

RECEITUÁRIO

*A paciente, Maria Elvira Oliveira da Silva,  
citada a audit de moto 10/10/2018 e  
travando de fratura no pé direito  
fratura comissural com fratura  
Alto comissural e fratura da base  
alto comissural do audit. (07/10/2018)  
Osteoporose grave e do lado com fratura  
comissural. Pelo vídeo em vídeo do DMTT por  
Osteoporose  
Fratura do osso do pé direito  
pelo vídeo do fratura do DMTT por  
pelo vídeo do fratura do audit e impacto  
graves e fratura da base do audit  
Fratura do osso do pé direito*

DATA

*22/03/2019*

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinho, 636 - Centro Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ: 04.013.408/0001-99

*Carlos Eduardo de C. Guerra*  
Ortopedia / Trauma-Acupuntura  
CRM-RR 599







**SINISTRO 3180307587 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

GENTE SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

**CPF/CNPJ:** 44624905253

**Posição em 05-09-2018 11:59:20**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenização</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 06/09/2018               | R\$ 675,00                  | R\$ 0,00                | R\$ 675,00         |