

Advocacia Especializada
Russian Liberato Ribeiro de Araujo Lima
Advogado OAB RR 1134
Onias Mendes de Sousa Filho
Estagiário de Direito-RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS**, solteiro, representante comercial, portador da cédula de identidade RG nº 2978069 SSP/PA, inscrito no CPF sob nº 596.998.252-00, endereço eletrônico não informado, Telefone: 99145-32-25, domiciliado e residente a Rua Grão Mestre A. Viana nº 853, Bairro Senador Helio Campos, Cidade de Boa Vista -RR.

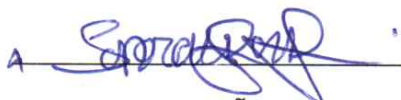
OUTORGADOS: **RUSSIAN LIBERATO RIBEIRO DE ARAÚJO LIMA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na **OAB/RR Nº 1134**, e **ONIAS MENDES DE SOUSA FILHO**, estagiário de Direito e **JOSÉ SANTANA FEITOSA GUIMARÃES**, **OAB RR 551-E**, com endereço profissional na Rua Dom Pedro I, nº 1292, bairro Mecejana, Boa Vista –RR.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber alvará em seus nomes, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme art. 105 da lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

BOA VISTA / RR, 16 de maio de 2019

A 

SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS

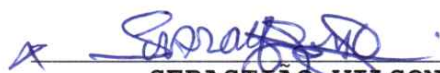
CPF sob nº 596.998.252-00

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu **SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS**, solteiro, representante comercial, portador da cédula de identidade RG nº 2978069 SSP/PA, inscrito no CPF sob nº 596.998.252-00, endereço eletrônico não informado, Telefone: 99145-32-25, domiciliado e residente a Rua Grão Mestre A. Viana nº 853, Bairro Senador Hélio Campos, Cidade de Boa Vista -RR, **DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem possa interessar que sou hipossuficiente nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.

Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista - Roraima, 16 de maio de 2019.



SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS
DECLARANTE

CPF Nº 596.998.252-00

OI
DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO - RUA GENERAL POLIDORO, 99 - BOTAFOGO - RIO DE JANEIRO/RJ - 22280-004.

- | | |
|---|--|
| ☐ 01. MUDOU-SE | ☐ 07. AUSENTE |
| ☐ 02. ENDEREÇO INSUFICIENTE | ☐ 08. NÃO PROCURADO |
| ☐ 03. NÃO EXISTE Nº INDICADO | ☐ 10. OBJETO DANIFICADO |
| ☐ 04. FALECIDO | ☐ 11. END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE |
| ☐ 05. DESCONHECIDO | ☐ 12. FALTA COMPLEMENTO (COLETV/GUI) |
| ☐ 06. RECUSADO | ☐ 13. CAIXA POSTAL CANCELADA |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

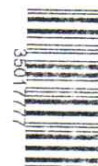
RUBRICA DO RESPONSÁVEL: _____

MATRÍCULA: _____



MUDE PARA A CONTA ONLINE.

VOCÊ ACESSA SUA CONTA DE ONDE ESTIVER.
SAIBA MAIS EM OI.COM.BR/MINHAOI.



CDD ASA BRANCA RR
SEBASTIAO VILSON ARAUJO DOS SANTOS
RUA GR MTE ADEMIR VIANA, 853
SENADOR HELIO CAMPOS
69316-588 BOA VISTA RR



7213512820 08483 00000086577 30 261218



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito a cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérico, sem a apresentação da fatura, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (CSP) DISPONÍVEL NA SUA LOCALIDADE, LIGUE PARA 102.
31 Oi • 12 CIBC • 13 Foner • 15 Telefônica • 16 Viacom • 17 Transit • 18 Epsilon • 21 Embratel • 23 Intelig • 24 Primeira Escolha • 25 GVT
26 IDT • 28 Alparago • 29 T-Loeste • 32 Convergência • 34 ETML • 35 Easytone • 37 Golden Line • 38 TESA • 39 Engevax • 41 TIM • 42 GT Group
43 Sercomtel • 45 Global Crossing • 46 Hoje Telecom • 47 BT Communications • 53 OSTARA • 57 Itacaré • 58 Votek • 62 Opcion • 63 Hello Brazil
65 Telecom 65 • 67 ALDOLA • 71 Dollarphone • 81 Sermetel • 84 BBT • 85 America Net • 91 IPCorp • 96 Amigo Telecom

ANATEL - 1331

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO E GANHE BENEFÍCIOS.

Com o Débito Automático, você não corre o risco de perder a data do vencimento.
LIGUE 103 31 OU ACESSE OI.COM.BR/MINHAOI E SAIBA MAIS.



Preencha este cupom, destaque e entregue em uma agência bancária credenciada. Você só tem a ganhar.	
AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO	
Autorizo debitar mensalmente em minha conta corrente o valor da nota fiscal / fatura, conta telefônica.	
Nome _____	CNPJ _____
Banco _____ Agência _____	Conta Corrente nº _____
Assinatura _____	Data ____/____/____
SERVIÇO GRATUITO	

CÓDIGO PARA DÉBITO
AUTOMÁTICO

160400021950



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACARAÍ - CARACARAÍ - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004028/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/02/2019 08:38 Data/Hora Fim: 19/02/2019 08:55
Delegado de Polícia: Francisco Evangelista Dos Santos de Araujo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Caracarái
Data/Hora do Fato: 08/12/2018 20:30

Local do Fato

Município: Caracarái (RR)
Logradouro: BR174

Bairro: ÁREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1472: Acidente de trânsito sem vítima - Colisão traseira	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SEBASTIÃO VILSON ARAÚJO DOS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: TO - Tocantinópolis Sexo: Masculino Nasc: 20/01/1976
Profissão: Representante Comercial Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Maria Lucia da Silva Araújo Nome do Pai: Cosmes dos Santos
Em Serviço: Sim

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 2978069

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA GRÃO MESTRE ADEMIR VIANA
Bairro: SENADOR HÉLIO CAMPOS
Telefone: (95) 99145-3225 (Celular)

Nº: 853



Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Caracarái - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 241.806.532-49	Placa NAW0180
Renavam 00116957549	Número do Motor KD03E18038023
Número do Chassi 9C2KD03108R038023	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor PRETA	UF Veículo Roraima



Delegado de Polícia Civil: Francisco Evangelista Dos Santos de Araujo
Impresso por: Oliveira Galvão de Andrade Junior
Data de Impressão: 19/02/2019 08:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACARAÍ - CARACARAÍ - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004028/2019

Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD
Modelo HONDA/NXR150 BROS ESD	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 13/06/2014	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sebastião Vilson Araújo dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor Delegado,

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil o comunicante acima qualificado para informar que sofreu um acidente de motocicleta na data supracitada, fraturando a clavícula; Que o comunicante deu entrada no hospital de Caracarái no dia 09/12/2018 as 06:20 da manhã. É o relato.

ASSINATURAS


Oliveira Galvão de Andrade Junior
Responsável pelo Atendimento


Sebastião Vilson Araújo dos Santos
(Vítima / 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 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SEBASTIAO VILSON ARAUJO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF
2978069 SSP PA

CPF
596.998.252-00

DATA NASCIMENTO
20/01/1976

FILIAÇÃO
COSMES DOS SANTOS
MARIA LUCIA DA SILVA
ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01849825828

VALIDADE
28/08/2020

1ª HABILITACAO
05/06/2001

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSAO
01/09/2015

61640751128
RR208479597

JUSCELINO KUBITSCHEN PEREIRA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-RR (RORAIMA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1087176009

PROIBIDO PLASTIFICAR

1087176009

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 ABR 2019

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
UNIDADE MISTA DE CARACARAÍ
CARACARAÍ - RR

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA (X) MÉDICO () ODONTOLÓGICO DATA: 09 / 12 / 2018.

() DEAMBULANDO () TRANSPORTADO () AMBULANCIA

HORA: 6:20

() Indígena: etnia _____ () Estrangeiro: _____ Raça: Pardo

NOME DO PACIENTE: SEBASTIÃO VÍCIO SANTOS DOS SANTOS

NOME SOCIAL: _____

MÃE: MARIA LUCIA DA SILVA ALBUQUERQUE

PAI: COSMO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1976 IDADE: 42 ANOS SEXO: (X) Masc. () Fem.

NATURALIDADE: Tocantinópolis UF: GO TELEFONE: 991453225 RG: 2978069

SUS: NÃO PLANEJA

ENDEREÇO: RUA: S-25 Nº: 853 BAIRRO: SENADOR H. Campos

HORARIO:	PA:	ÁREA DE SINISTROS - UPVAT CONTENDO NÃO VERIFICADO PESO:	TAX:
F.C:	F.R:	11 ABR 2019	DX:

SINTOMAS: PA: 110 x 60

GENTE SEGURADORA CIA
Av. Capitão Mito Bezerra, 451 - Boa Vista - RR

CONFERE COM O ORIGINAL

RESUMO CLÍNICO:

Paciente sofreu queda de no-
velas de no vertice pulmo D
Abaixo LOTE 325
Recebeu tratamento
após o

HD: Fratura de Hemicula

EXAMES COMPLEMENTARES:

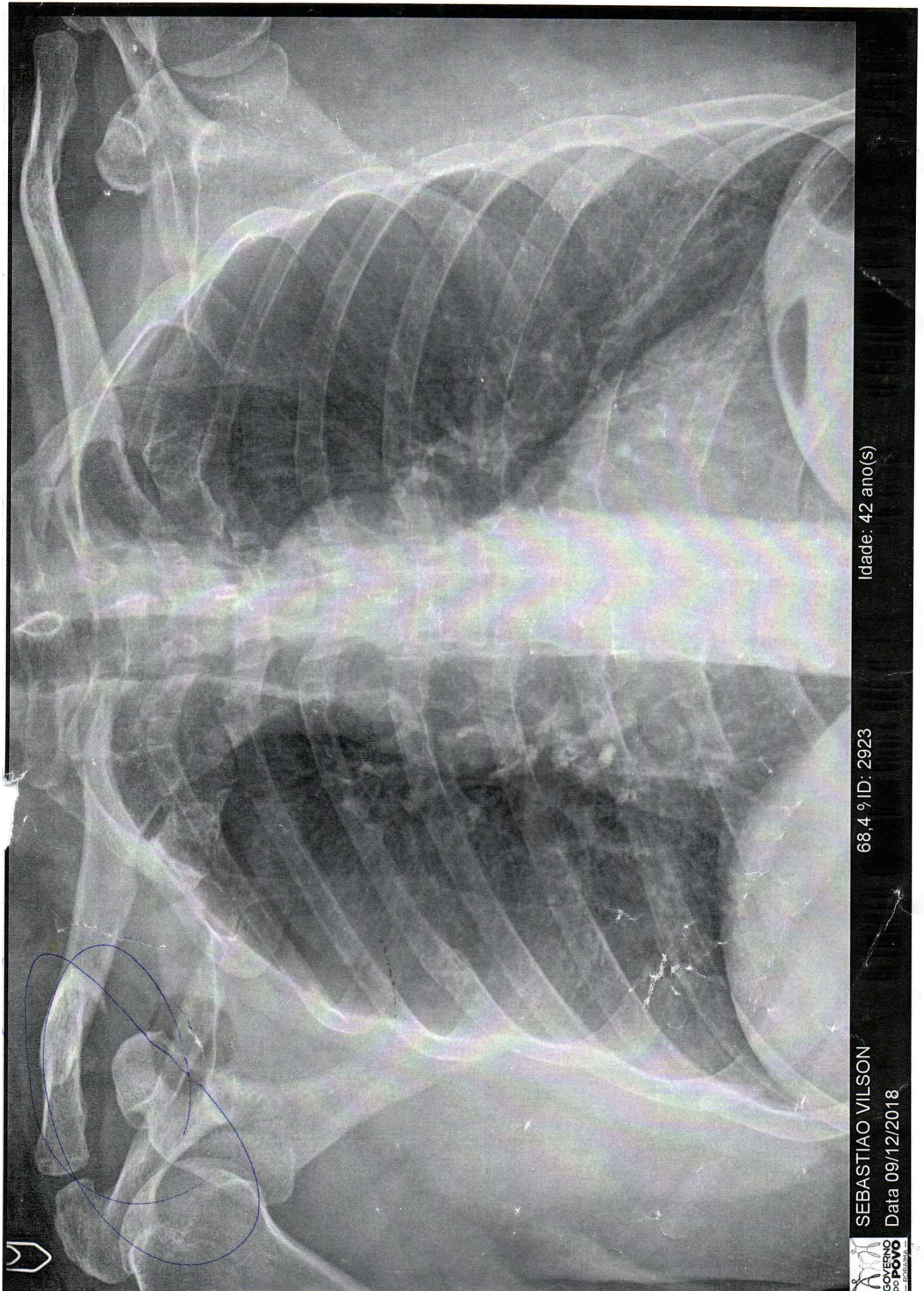
DESTINO DO PACIENTE: () ALTA () INTERNAÇÃO () REMOVIDO PARA: () ÓBITO/HORÁRIO: / /

RESPONSÁVEL POR INFORMAÇÕES DO PACIENTE SENDO MÃE/PAI/OUTROS: _____

ASSINATURA DO SERVIDOR QUE PREENCHEU A GUIA DE EMERGENCIA: _____



Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT		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: 596.998.252-00 Nome completo da vítima: SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: SEBASTIÃO VILSON ARAUJO DOS SANTOS		CPF: 596.998.252-00	
Profissão: REP. COMERCIAL Endereço: R. GIRAÔ MESTRE A. VIANA		Número: 853 Complemento: CASA	
Bairro: SEM HELIO CAMPOS Cidade: BOA VISTA		Estado: RR CEP: 69.316.588	
E-mail: SANTANOLIMAR@GMAIL.COM		Tel. (DDD): (95) 99169-3685	
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: 3906 CONTA: 00643 8		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
(Informar o dígito se existir)		(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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não			
Estou ciente 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.			
Local e Data: BOA VISTA-RR, 25-02-2019		TESTEMUNHAS	
Nome: _____		1ª Nome: _____	
CPF: _____		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		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.			



Idade: 42 ano(s)

68,4 % ID: 2923

SEBASTIAO VILSON

Data 09/12/2018

