



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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200271866

Vítima: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Data do Acidente: 10/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003906

Conta: 0000013447-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01585/01586 - carta_15R - INVALIDEZ

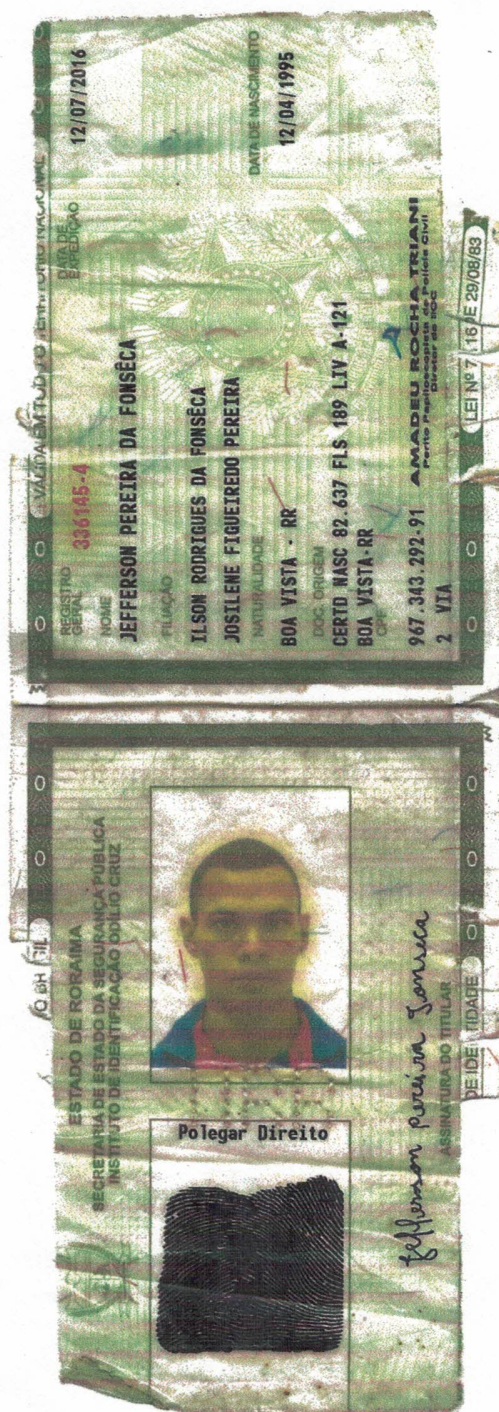
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQZ EAEZ ZNW7A REN6K

PROCURAÇÃO

Eu, JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA, brasileiro (a), SOLTEIRO, AUTÔNOMO, portador (a) da cédula de identidade RG nº 336145-4, inscrito (a) no CPF sob o nº 967.343.292-91, residente e domiciliado (a) na RUA MURILO T. CIDADE, nº 1523, Bairro SILVIO LEITE, CEP 69.314-348, telefone nº 98118-7519 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 27 de 01 Janeiro de 2021.

Jefferson Pereira da Fonseca
OUTORGANTE.





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

Fls: 1
Visto:

Boa Vista, 21 de julho de 2020
Assinatura

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/07/2020 16:25:32 Data/Hora Fim: 21/07/2020 16:25:32
Delegado de Polícia: Simone Arruda do Carmo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 10/01/2020 10:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Mecejana
Logradouro: R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 12/04/1995	Idade 25
Profissão: Autônomo		Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Solteiro(a)		Naturalidade: Boa Vista	
Nome da Mãe: Josilene Figueiredo Pereira		Nome do Pai: Ilson Rodrigues da Fonseca	

Documento(s)

CPF: 967.343.292-91

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: R Murilo T Cidade
Complemento: casa
Bairro: Dr. Silvio Leite
Telefone: (95) 99113-3855 (Celular)

Nº: 1523

CEP: 69.314-348

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 542.570.502-68	Placa NAZ8798
Renavam 01061388708	Número do Motor G3C3E-001127
Número do Chassi 9C6KG0380G0001133	Ano/Modelo Fabricação 2016/2015
Cor AZUL	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo YAMAHA/XTZ250 LANDER
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 14/02/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS - RECALL - RENAINF

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jefferson Pereira da Fonseca	Proprietário



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 21/07/2020 17:00:05

Página 1 de 2
PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Fls: 2
Visto:



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00020727/2020

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico (95) 99113-3855, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 10/01/2020, por volta das 10h:00min da manhã, o comunicante trafegava em sua motocicleta particular, de marca, modelo XTZ250 LANDER, Placa NAZ-8798; QUE neste momento trafegava na rua Rua Paulo VI, em sentindo Centro-Bairro; QUE no cruzamento da R. Dalício Faria, bairro: Mecejana/Boa Vista - RR, com a Rua Paulo VI, o comunicante não prestou atenção que havia uma elevação no asfalto, que tentou frear bruscamente, porém sem êxito, colidindo com essa elevação, que em seguida o comunicante foi arremessado uma grande distância do ponto de colisão; Que perdeu a lucidez por alguns minutos, e quando despertou não conseguia movimentar seu corpo, que alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima e HGR; QUE o comunicante teve fraturas em todo seu corpo, que teve fraturas mais graves no tornozelo direito que o osso do tornozelo ficou exposto devido ao impacto do acidente, como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (13/07/2020), que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~

QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

**ASSINATURAS**

Meire Moura da Silva  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 4200511  
Responsável pelo Atendimento

Jefferson Pereira da Fonsêca  
Comunicante, Vítima

"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."

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.  
Boa Vista, 21 de julho de 2020  
Hualacy Seelig S. de Souza



| GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA            |  | 1ª Classificação |  | Reclassificação |  | Reclassificação |  |
|-----------------------------------------|--|------------------|--|-----------------|--|-----------------|--|
| Secretaria de Estado da Saúde           |  | Vermelho         |  | Vermelho        |  | Vermelho        |  |
| Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE |  | Laranja          |  | Laranja         |  | Laranja         |  |
| Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308      |  | Amarelo          |  | Amarelo         |  | Amarelo         |  |
|                                         |  | Verde            |  | Verde           |  | Verde           |  |
|                                         |  | Azul Ass.        |  | Azul Ass.       |  | Azul Ass.       |  |

| FICHA DE ATENDIMENTO                                                   |  |                              |  | TRAUMATOLOGIA          |                                                  | DIURNO 07-19                               |            | 12                 |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|--------------------|--|
| 2001207666                                                             |  | 10/01/2020 10:21:02          |  | Data Nascimento        |                                                  | Idade                                      |            | CNS                |  |
| Paciente                                                               |  | 12/04/1995                   |  | 24 A 8 M 28 D          |                                                  |                                            |            | CPF                |  |
| JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA                                           |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            | Prontuário         |  |
| Tipo Doc                                                               |  | Documento                    |  | Órgão Emissor          |                                                  | Data Emissão                               |            | Sexo               |  |
|                                                                        |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            | M                  |  |
| Mão                                                                    |  | Estado Civil                 |  | Raça/Cor               |                                                  | Naturalidade                               |            | Nacionalidade      |  |
| JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA                                            |  | NAO                          |  | PARDA                  |                                                  |                                            |            | BRASILEIRA         |  |
| Endereço                                                               |  | INFORMADO                    |  |                        |                                                  | Contato                                    |            |                    |  |
| RUA - NI - NI - BOA VISTA - RR                                         |  | NI                           |  |                        |                                                  |                                            |            | Ocupação           |  |
| Class. de Risco                                                        |  | Plano Convênio               |  | Nº da Carteira         |                                                  | Validade                                   |            | Autorização        |  |
|                                                                        |  | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |  |                        |                                                  |                                            |            | Sis Prenatal       |  |
| Motivo do Atendimento                                                  |  | Caráter do Atendimento       |  | Profissional do Atend. |                                                  | Procedência                                |            | Temp.              |  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                       |  | URGÊNCIA                     |  |                        |                                                  |                                            |            | Peso               |  |
| Setor                                                                  |  | Tipo de Chegada              |  | Procedimento Sol.      |                                                  |                                            |            | Pressão            |  |
| GRANDE TRAUMA                                                          |  | SAMU CAPITAL                 |  |                        |                                                  |                                            |            | Registrado por:    |  |
| Queixa Principal                                                       |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            | ERBEJONE.SIMPLICIO |  |
|                                                                        |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| 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                                                           |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| Hipótese Diagnóstica                                                   |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| SADT - Exames Complementares                                           |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| A) RAO-X ( ) ULTRA-SON ( ) TC ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) ECG ( ) OUTROS: |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| PRESCRIÇÃO                                                             |  |                              |  |                        | APRAZAMENTO                                      |                                            | OBSERVAÇÃO |                    |  |
| ① 5Fep. 500mg @ 12h                                                    |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| ② Temoxicam 40mg @ 12h                                                 |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| ③ Aspirina 3 @ 12h                                                     |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| Conduta                                                                |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| ( ) Alta por Decisão Médica                                            |  |                              |  |                        | ( ) Ambulatório                                  |                                            |            |                    |  |
| ( ) Alta a Pedido                                                      |  |                              |  |                        | ( ) Observação (Até 24h)                         |                                            |            |                    |  |
| ( ) Alta a Revelia                                                     |  |                              |  |                        | ( ) 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: erbejone.simplicio                                       |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |
| Data Hora: 10/01/2020 10:25:25                                         |  |                              |  |                        |                                                  |                                            |            |                    |  |



2001207666





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 28.01.20

O.S.

Jefferson Pereira  
na presença

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fr de TND + PUA (D).

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: TRO cirúrgico

TIPO DE INTERVENÇÃO: ORTOSSINTESE de TND + PUA (D).

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0

CIRURGIÃO: Dr. Bruno F.

2º AUXILIAR: Dr. Wallyson

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS: Dr. Heitor

INÍCIO:

FIM:

2º AUXILIAR: Dr. Wallyson

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

DURAÇÃO:

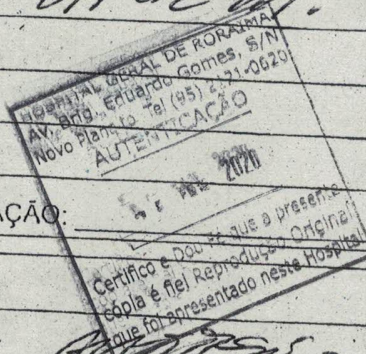
RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em ANH sob analgesia.
- 2) Antéscia + pósscia + colocação de curativo.
- 3) Incisão lateral em TND (D).
- 4) Remoção + fixação de placa 4/3 com 6 parafusos.
- 5) Incisão anterior ulnar; remoção + fixação de placa mediana na PUA.
- 6) RUC + revisão hemostática.
- 7) SUTURA + CURATIVO.

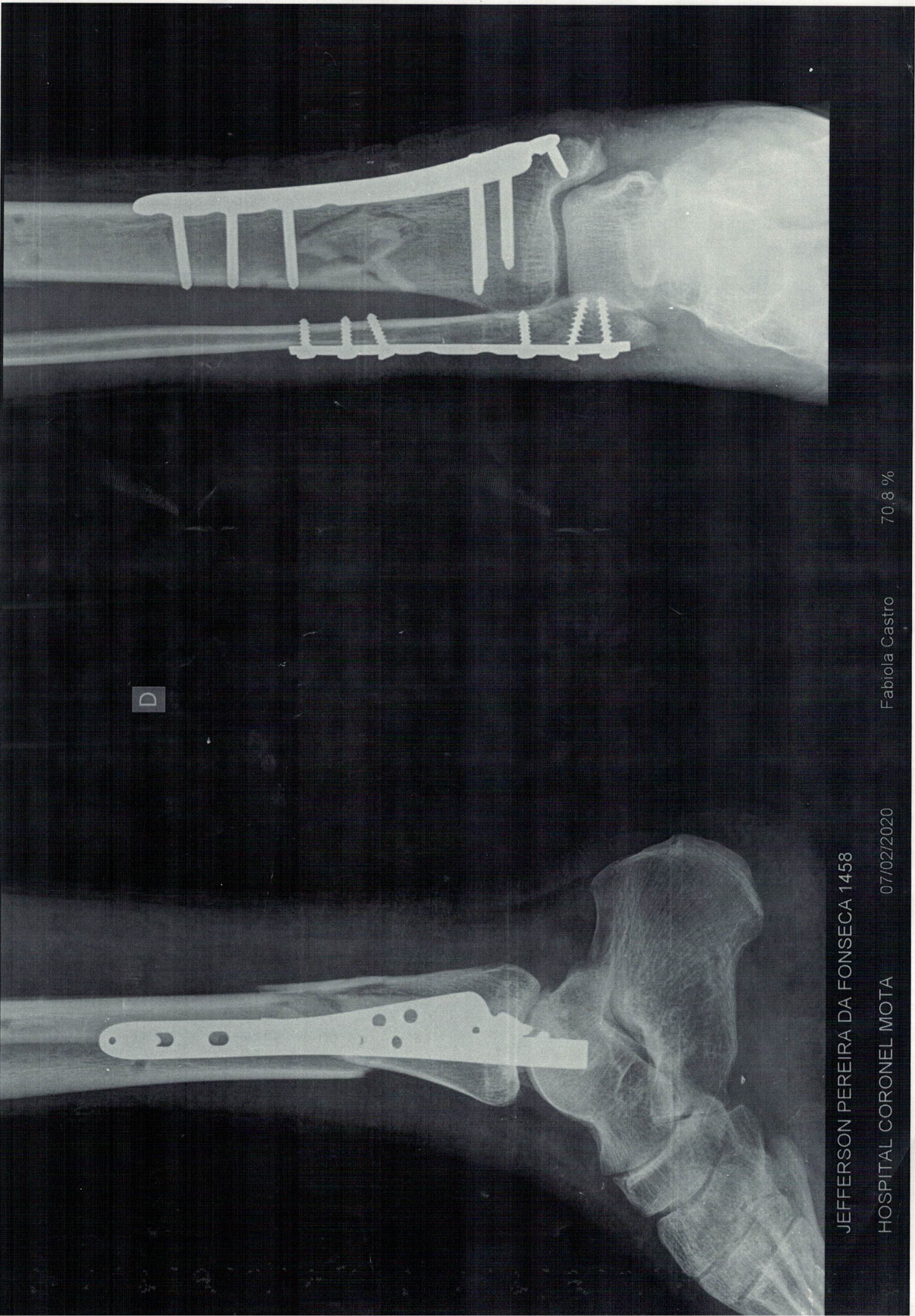
Dr. Vítor Montenegro  
Traumato - Ortopedia  
CRM-RJ 888

Wallyson  
Dr. Wallyson e  
Dr. Bruno

Dr. Marcos Brunner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19173R







D

JEFFERSON PEREIRA DA FONSECA 1458

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/02/2020

Fabiola Castro

70,8 %





**RORAIMA ENERGIA**  
RORAIMA ENERGIA S.A.  
Av. Capitão Ené 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

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4437472

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

SEU CÓDIGO  
0072314-2

CONTA MÊS: JANEIRO/2020

VENCIMENTO: 16/02/2020

CONSUMO (kWh): 263

TOTAL A PAGAR (R\$): 238,50

JOSILENE FIGUEIREDO PEREIRA  
R. MURILO T CIDADE 1523 - DR. SILVIO LEITE  
CPF: 00032337035204  
CEP: 69.314-348 - BOA VISTA

| DADOS DA LEITURA (KWH)      |       | DATAS DA LEITURA |            | DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |             |
|-----------------------------|-------|------------------|------------|------------------------------|-------------|
| Atual:                      | 15758 | Atual:           | 17-01-2020 | Grupo/Subgrupo:              | 1.1.1.1.3   |
| Anterior:                   | 15795 | Anterior:        | 17-12-2019 | Classe/Subclasse:            | RESIDENCIAL |
| Dias de consumo:            | 31    | Próxima leitura: | 17-02-2020 | Ligação:                     | TRIFÁSICA   |
| Constante de Multiplicação: | 1.000 | Emissão:         | 16-01-2020 | Número Medidor:              | 137061304   |
| Consumo medido:             | 263   | Apresentação:    | 17-01-2020 | Forma de Faturamento:        | NORMAL      |
| Consumo Faturado:           | 263   |                  |            | Modalidade:                  | N 1415533   |

DESCRIÇÃO DA CONTA

| CONSUMO                        | 263 A R\$ | 0,760481 = | 200,00 |
|--------------------------------|-----------|------------|--------|
| CORRECAO MONETARIA IG 11/19-00 |           |            | 0,08   |
| MULTA POR ATRASO DE I 11/19-00 |           |            | 1,00   |
| JUROS DE MORA POR ATR 11/19-00 |           |            | 0,02   |
| MULTA POR ATRASO 11/19-00      |           |            | 3,83   |
| JUROS DE MORA DE IMPO 11/19-00 |           |            | 0,12   |
| ILUMINACAO PUBLICA             |           |            | 33,45  |

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 263 - 0,617770

Média 12 meses: 213

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

| MÊS    | CONSUMO (KWH) |
|--------|---------------|
| JAN/19 | 276           |
| FEV/19 | 237           |
| MAR/19 | 263           |
| ABR/19 | 258           |
| MAI/19 | 201           |
| JUN/19 | 139           |
| JUL/19 | 176           |
| AGO/19 | 135           |
| SET/19 | 176           |
| OUT/19 | 227           |
| NOV/19 | 248           |
| DEZ/19 | 225           |
| JAN/20 | 263           |

PARABENS! Até o dia 16/01/2020, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

**MENSAGENS IMPORTANTES**

**REAVISO DE VENCIMENTO**

RESERVADO AO FISCO 09FF.A143.DAF4.DCC6.34F0.F99B.718F.4D4F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

| Item          | Valor  | Encargos | Tributos |
|---------------|--------|----------|----------|
| Energia:      | 188,71 | 6,15     |          |
| Distribuição: | 47,62  |          | 37,52    |
| Transmissão:  | 11,00  |          |          |

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

| Base de Cálculo | Alíquota | Valor |
|-----------------|----------|-------|
| ICMS:           | 17,00%   | 34,00 |
| PIS:            | 0,31%    | 0,62  |
| COFINS:         | 1,45%    | 2,90  |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| Índice    | DIC    |            |       | FIC    |            |       | DMIC   |        | DICRI |  |
|-----------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|--------|-------|--|
|           | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Mensal |       |  |
| Limite    | 9,24   | 18,49      | 36,99 | 8,46   | 16,92      | 33,84 | 4,99   |        |       |  |
| Realizado | 0,58   |            |       | 1,00   |            |       | 0,58   |        |       |  |

Conjunto: FLORESTA Período de apuração: 11/2019 EUSD: 17,39

ROT: 11.001.19.09.703700

**RORAIMA ENERGIA**  
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA  
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.470/0001-44  
Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0072314-2

TOTAL A PAGAR - R\$: 238,50

MÊS FATURADO: 01/2020

VENCIMENTO: 16/02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4437472 FCAM\*

83640000002 9 38500075000 5 000000000072 9 31420120008 1

SEQ.: 0263 UC: 0072314-2 DT. LEIT.: 17/01/2020 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 16058 NORMAL TOTAL: 238,50 CARGA: 027  
DT. VENC.: 16/02/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4072



### DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, JEFFERSON DORRIRA DA FONSECA, brasileiro  
(a), SOLTEIRO, AUTÔNOMO, portador (a) do RG nº  
336145-4, inscrito (a) no CPF sob o nº 967.343.292-94, residente e  
domiciliado (a) na RUA MURILLO T. CIDADE, nº 1523, Bairro  
SILVIO LOITE, Boa Vista-RR, CEP 69314-348, telefone  
nº (95) 98118-7519, 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, 27 de junho de 2021.

Jefferson Dorriera da Fonseca  
DECLARANTE