

# Anexo 1



Ministério do Meio Ambiente

**INSTITUTO BRASILEIRO DO MEIO AMBIENTE  
E DOS RECURSOS NATURAIS RENOVÁVEIS**

## PEDIDO DE VISTA EM PROCESSO ADMINISTRATIVO

01. N° DO DOCUMENTO/PROCESSO

02022.000336/2014-53

### A - IDENTIFICAÇÃO

02. NOME DO INTERESSADO OU REPRESENTANTE LEGAL

BP Energy do Brasil LTDA

03. CARTEIRA DE IDENTIDADE

04. ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF

05. CPF

06. EMPRESA

07. CNPJ

08. ENDEREÇO

09. TELEFONE (DDD-NÚMERO)

10. FAX (DDD-NÚMERO)

11. ENDEREÇO ELETRÔNICO

### B - AUTORIZAÇÃO PARA OBTER VISTAS (CASO NÃO SEJA O PRÓPRIO INTERESSADO)

12. NOME DO (A) AUTORIZADO (A)

MARIA ORLANDA MARQUES GACCIA

13. CARTEIRA DE IDENTIDADE

14. ÓRGÃO EXPEDIDOR/UF

15. CPF

16. ENDEREÇO

17. TELEFONE (DDD-NÚMERO)

18. FAX (DDD-NÚMERO)

19. ENDEREÇO ELETRÔNICO

luz.sat@gmail.com

### C - TIPO DE SOLICITAÇÃO

20.  VISTA DO DOCUMENTO/PROCESSO

( ) CÓPIA EM CD-ROM

( ) CÓPIA IMPRESSA

( ) CÓPIA FOTOGRÁFICA

### D - EXTENSÃO DA CÓPIA

21.  CÓPIA INTEGRAL

( ) CÓPIA PARCIAL

FOLHAS Nº

22. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

### IMPORTANTE

- \* Este formulário deverá ser entregue no Protocolo Geral do Ibama e após o seu cadastramento, será encaminhado à Unidade em que se encontrar o processo e/ou documento.
- \* No caso de documentos sigilosos, o interessado deverá apresentar instrumento de mandato que comprove a representação legal da empresa titular do processo/documento.
- \* Cópias com autenticação somente serão fornecidas em papel.
- \* Anexar Atos Administrativos correspondentes
- \* A cópia solicitada em papel somente será providenciada após o recebimento do comprovante de pagamento da Guia de Recolhimento da União - (GRU). A solicitação de cópia em mídia CD deve vir acompanhada de dois cds para cada processo e/ou documento.

Brasília, 15/04/2019

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO(A) INTERESSADO (A)

Luiz Claudio F. de Oliveira

THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK  
OFFICE OF THE STATE ARCHIVIST  
1990-1991



Category	Number of Records	Number of Volumes	Number of Feet
Administrative	1,200	150	1,500
Academic	2,500	300	3,000
Faculty	1,800	200	2,000
Student	1,000	100	1,000
Library	500	50	500
Special Collections	300	30	300
Unprocessed	1,500	150	1,500
Total	8,800	1,080	9,800

The following table provides a summary of the records held by the University of the State of New York Archives for the fiscal year 1990-1991. The data is presented in four columns: Category, Number of Records, Number of Volumes, and Number of Feet. The total number of records is 8,800, consisting of 1,080 volumes and 9,800 feet of tape.

Category	Number of Records	Number of Volumes	Number of Feet
Administrative	1,200	150	1,500
Academic	2,500	300	3,000
Faculty	1,800	200	2,000
Student	1,000	100	1,000
Library	500	50	500
Special Collections	300	30	300
Unprocessed	1,500	150	1,500
Total	8,800	1,080	9,800

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

NOME  
MARIA ORLANDA MARQUES GARCIA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSORA/F  
230698 SEGUP AP

CPF  
334.400.773-49

DATA NASCIMENTO  
04/12/1962

FILIAÇÃO  
GERTRUDES MARQUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.  
B

Nº REGISTRO  
02743668199

VALIDADE  
26/01/2020

Iº HABILITAÇÃO  
28/09/1992

OBSERVAÇÕES  
A

*Maria Orlanda Marques Garcia*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
Macapa - Amapa

DATA DE EMISSÃO  
30/01/2015

INÁCIO MONTEIRO MACIEL  
Delegado de Polícia Civil  
Diretor-Presidente do DETRAN/AP


15990181868  
AP803752296

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN - AP (AMAPA)

VALIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
979815421

PROIBIDO PLASTIFICAR  
979815421

<p>1. Name of the person to whom the money is to be paid</p> <p>2. Address of the person to whom the money is to be paid</p> <p>3. Amount of money to be paid</p> <p>4. Date of payment</p> <p>5. Signature of the person who issues the check</p>			<p>1381188999</p> <p>Bank of America</p>
<p>6. Name of the bank</p> <p>7. Branch name</p> <p>8. City</p> <p>9. State</p> <p>10. Zip</p>			
<p>11. Name of the person who receives the money</p> <p>12. Address of the person who receives the money</p> <p>13. Amount of money received</p> <p>14. Date of receipt</p> <p>15. Signature of the person who receives the money</p>			<p>1381188999</p> <p>Bank of America</p>

Banked with Chase Bank

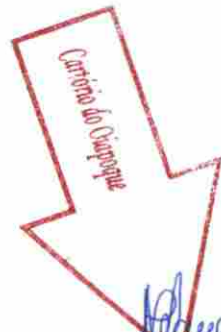


Poder Executivo  
Prefeitura do Município de Oiapoque  
Gabinete da Prefeita  
Rua Joaquim Caetano da Silva nº 430 – Centro  
E-mail: [oiapoquepm@hotmail.com](mailto:oiapoquepm@hotmail.com)

## PROCURAÇÃO PÚBLICA

O **MUNICÍPIO DE OIAPOQUE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 05.990.445/001-80, com sede na Rua Joaquim Caetano da Silva, nº 460, centro, CEP 68980-000, Oiapoque-AP, neste ato representado pela Prefeita Municipal em exercício, Sra. **MARIA ORLANDA MARQUES GARCIA**, brasileira, casada, político, inscrita no CPF nº 334.400.773-49 e no RG 230698-siac-ap, residente e domiciliada na Rua: Getúlio Vargas nº 615, Centro, Oiapoque-AP, que ao final assina, **NOMEIA E CONSTITUI** seu bastante procurador o Dr. **LUIZ CLÁUDIO FERREIRA DE OLIVEIRA**, brasileiro, empresário, solteiro, portador da Carteira de Identidade nº RG M 9 096 165 SSP/MG e inscrito no CPF sob o nº 044.761.106-22, residente à rua Capitão Sincero Costa, 146, bairro bandeirinha, Conceição do Mato Dentro, Minas Gerais, CEP 35.860-000; a quem confere amplos e gerais poderes para representa-la, pelo prazo de 6 (seis) meses, contado a partir da data de assinatura desta procuração, para acompanhar o trâmite de licenciamento ambiental em curso, solicitar e receber cópias de processos, protocolizar petições, solicitar certidões, apresentar documentação em cumprimento de exigências, protocolizar defesas, documentos e recursos administrativos, produzir fotocópias, apresentar documentos, acompanhar o trâmite de licenciamento ambiental em curso, retirar ou receber cópia de todo e qualquer processo de licenciamento ambiental em curso do IBAMA e IMAP em relação ao território do município de Oiapoque, Estado do Amapá, podendo para isso, assinar o que preciso for, prestar declarações, requerer, apresentar e receber documentos, requerendo, declarando promovendo e assinado todo e qualquer ato necessário ao bom e fiel cumprimento deste mandato. Assim, o disse.

Oiapoque-AP, 25 de fevereiro de 2019.



**MARIA ORLANDA MARQUES GARCIA**  
Prefeita do município de Oiapoque  
CPF: 334.400.773-49

CARTÓRIO DE REGISTROS PÚBLICOS E TABELionato DO ESTADO DO AMAPÁ  
Rua Getúlio Vargas nº 754 B - Centro, Oiapoque-AP, CEP: 68980-000  
Reconheço por semelhança a(s) assinatura(s) de: MARIA

ORLANDA MARQUES GARCIA

Oiapoque-AP 25 FEV. 2019

**Luiz Claudio Ferreira de Oliveira**  
Bruno Oliveira dos Santos  
Escritor Autorizado  
Cartório de Oiapoque



## PODERAR É PÚBLICO

**MUNICÍPIO DE SÃO PAULO** - Estado de São Paulo  
Poder Executivo - Prefeitura Municipal  
Secretaria de Saúde - Departamento de Saúde Bucal  
Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP  
CEP: 04538-900 - Fone: (11) 5082-1000

**EDITAL Nº 001/2014**  
Para contratação de serviços de consultoria técnica para elaboração de projeto de intervenção em saúde bucal em escolas municipais de São Paulo.

**OBJETO:** Contratação de consultoria técnica para elaboração de projeto de intervenção em saúde bucal em escolas municipais de São Paulo.

**REQUISITOS:** O candidato deve ser pessoa física, brasileira, com diploma em curso de graduação em área de saúde bucal, odontologia ou afins, com experiência profissional mínima de 05 (cinco) anos em atividades relacionadas ao objeto do edital.

**FORMA DE PARTICIPAÇÃO:** O candidato deverá inscrever-se no processo seletivo até o dia 15/02/2014, às 14h30min, no endereço: Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, apresentando o seguinte documento:

**1. Formulário de inscrição;**  
**2. Documento comprobatório de qualificação profissional;**  
**3. Documento comprobatório de experiência profissional;**  
**4. Documento comprobatório de residência em São Paulo;**  
**5. Documento comprobatório de inscrição em Conselho Profissional;**  
**6. Documento comprobatório de situação regular em relação ao Imposto de Renda.**

**VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO:** R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMA DE PAGAMENTO:** À vista em dinheiro ou cheque, emitido no nome do Município de São Paulo.

**LOCAL DE PAGAMENTO:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, de 09h00min às 17h00min.

**DATA DE ABERTURA DAS ENVELOPES:** 16/02/2014, às 14h30min.

**LOCAL DE ABERTURA DAS ENVELOPES:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**RECEBIMENTO DAS ENVELOPES:** Até o dia 15/02/2014, às 14h30min.

**FORMA DE SELEÇÃO:** Prova escrita de múltipla escolha.

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**DATA DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**VALOR DA PROVA:** R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMA DE PAGAMENTO DA PROVA:** À vista em dinheiro ou cheque, emitido no nome do Município de São Paulo.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, de 09h00min às 17h00min.

**DATA DE PAGAMENTO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**RECEBIMENTO DA PROVA:** Até o dia 15/02/2014, às 14h30min.

**FORMA DE SELEÇÃO:** Prova escrita de múltipla escolha.

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**DATA DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**VALOR DA PROVA:** R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMA DE PAGAMENTO DA PROVA:** À vista em dinheiro ou cheque, emitido no nome do Município de São Paulo.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, de 09h00min às 17h00min.

**DATA DE PAGAMENTO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**OPORTUNIDADE Nº 001/2014**  
Para contratação de serviços de consultoria técnica para elaboração de projeto de intervenção em saúde bucal em escolas municipais de São Paulo.

**OBJETO:** Contratação de consultoria técnica para elaboração de projeto de intervenção em saúde bucal em escolas municipais de São Paulo.

**REQUISITOS:** O candidato deve ser pessoa física, brasileira, com diploma em curso de graduação em área de saúde bucal, odontologia ou afins, com experiência profissional mínima de 05 (cinco) anos em atividades relacionadas ao objeto do edital.

**FORMA DE PARTICIPAÇÃO:** O candidato deverá inscrever-se no processo seletivo até o dia 15/02/2014, às 14h30min, no endereço: Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, apresentando o seguinte documento:

**1. Formulário de inscrição;**  
**2. Documento comprobatório de qualificação profissional;**  
**3. Documento comprobatório de experiência profissional;**  
**4. Documento comprobatório de residência em São Paulo;**  
**5. Documento comprobatório de inscrição em Conselho Profissional;**  
**6. Documento comprobatório de situação regular em relação ao Imposto de Renda.**

**VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO:** R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMA DE PAGAMENTO:** À vista em dinheiro ou cheque, emitido no nome do Município de São Paulo.

**LOCAL DE PAGAMENTO:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, de 09h00min às 17h00min.

**DATA DE ABERTURA DAS ENVELOPES:** 16/02/2014, às 14h30min.

**LOCAL DE ABERTURA DAS ENVELOPES:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**RECEBIMENTO DAS ENVELOPES:** Até o dia 15/02/2014, às 14h30min.

**FORMA DE SELEÇÃO:** Prova escrita de múltipla escolha.

**LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.

**DATA DE REALIZAÇÃO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**VALOR DA PROVA:** R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMA DE PAGAMENTO DA PROVA:** À vista em dinheiro ou cheque, emitido no nome do Município de São Paulo.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900, de 09h00min às 17h00min.

**DATA DE PAGAMENTO DA PROVA:** 16/02/2014, às 14h30min.

**LOCAL DE PAGAMENTO DA PROVA:** Rua da Saúde, 100 - Vila Mariana - São Paulo - SP, CEP: 04538-900.