

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: William Costa Silva, brasileiro(a), Estado Civil Casado, Profissão: Motorista, RG: 4839191 Expedido: SS P /PE, CPF nº 89890295487 residente e domiciliado na Rua B7 de Caruaru Bairro: Boimboadorina Cidade: Recife /PE

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família,

Recife, 01 de Fevereiro de 2019.

William Costa Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu William Costa Silva
RG 91819191, CPF 898901454-87
Residente na Rua Br de Carvalho, Bairro Imba do Tur
Cidade Recife, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 04 de Fevereiro de 2019

William Costa Silva

Assinatura do Declarante





Terço Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 20/04/02
Companhia Eletroenergética de Pernambuco
Av. João de Sá, 115, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 10.838.862/0001-20 | Ins. Est. 500843-03 | www.celpe.com.br

Endereço do Consumidor

IRENE COSTA SILVA
PROX. ESC. ESTADUAL DE INTERMIO

CPF: 388.801.934-04

Quantidade de Medidores

01 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Mantida

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
01080882	UNICA	12/04/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
12/04/2018	3300000512	3300000512

RUA BR DE CARUARU 58

LINHA DO TIPO/RECEIPE
RECEIPE
52131-110

CONTA CONTINUA	MÊS/ANO
0080884028	04/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
07/05/2018	14/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	208,92

Consumo (kWh)
Contribuição Remuneração Pública
ICMS S/ - - - - - 005-UF 50157435-12/01/18
ICMS Substituição - - - - - 005-UF 50157435-12/01/18
Mód. de Med. - - - - - 5148636-08/03/18
Linha de Med. - - - - - 5148636-08/03/18
Atualização - - - - - 5148636-08/03/18

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
265 3000000	0,8643819	179,28
		18,85
		1,80
		1,78
		3,45
		1,80
		1,54

TOTAL DA FATURA

208,92

Nº DO MEDIDOR	Nº DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA LITERSA	DATA ATUAL	DATA LITERSA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ALÍQUOTA	Consumo (kWh)
3300000512	CAF	12/03/2018	03/04/18	12/04/2018	03/05/18	30	10000		265,30

MÊS/ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	RE	VALOR	%
ABR 18 364				Consumo de Energia	RE	50,30	24,09%
MAR 18 319				Transmissão	RE	1,28	0,61%
FEB 18 275				Reatância (Custo)	RE	43,87	20,97%
JAN 18 278				Perdas de Energia	RE	11,13	5,33%
DEZ 17 281				Energia Intermitente	RE	19,53	9,35%
NOV 17 146				Tributos	RE	30,34	14,52%
OUT 17 308				Total	RE	156,28	100%
SET 17 128							
AUG 17 180							
JUL 17 338							
JUN 17 381							
MAY 17 324							
ABR 17 320							

Na data de emissão da fatura, o consumidor deve estar em situação regular perante a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) para que a fatura seja emitida. Caso contrário, a fatura será emitida com o valor de 100% do consumo, sem a aplicação de desconto. O consumidor deve estar em situação regular perante a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) para que a fatura seja emitida.

Informações sobre a 2017 e 2018: a partir de 2017, a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) passou a emitir a fatura com a composição do consumo em kWh, sem a aplicação de desconto. O consumidor deve estar em situação regular perante a Companhia de Energia Elétrica de Pernambuco (CELPE) para que a fatura seja emitida.





Nome: WILLIAM COSTA SILVA

Dt. Nasc.: 06/08/78 - 39 ano(s)

Mãe: IRENICE COSTA SILVA

Endereço: R DA ESPERANÇA, nº 499, JARDIM BRASIL OLINDA - PE

Sector: Leito:

Data/hora: 01/05/2018 - 06:28

Nº registro: 79519

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pag.: 1/1

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

01/05/2018 - TARCILLO MACHADO

SENHA: 79519

Classificação de Risco:
Especialidade:

ANAMNESE:

ALERGIA:

QUEIXA PRINCIPAL:

- COLISAO MOTO-ONIBUS (CAPACETE) AS 23H DE ONTEM, NO MOMENTO COM QUEIXAS DE LOMBALGIA E HEMATURIA. NI SINCOPE, VOMITO E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

OBS:

EGR, GLASGOW 15, AFEBRIL, EUPNEICO, NUCA LIVRE, PUPILAS ISO/FOTO
ACV/AR E ABDOME SEM ALTERAÇÕES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

- V021 - PEDESTRE TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM UM VEÍCULO A MOTOR DE DUAS OU TRÊS RODAS -
ACIDENTE DE TRÂNSITO| - - -

Resultados de Exames:

Evolução do paciente:

NO MOMENTO NAO DISPO,OS DE ORTOPEDISTA (O MESMO CHEGA EM 15 MIN), NAO DISPOMOS DE RX (APENAS A PARTIR DAS 7H). PACIENTE EM ANALGESIA, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, AGUARDANDO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Dr. TARCILLO MACHADO DA SILVA
CRM: 20526

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001. Nome do profissional: Dr. TARCILLO MACHADO DA SILVA Data: 01/05/2018 06:47:45

Rua Dr. Farias Neves Sobrinho, nº 232, Bairro Novo CEP: 53120-420 - Olinda/PE
Contato: (81) 3429-2622





Nome: WILLIAM COSTA SILVA

Dt. Nasc.: 06/08/78 - 39 ano (s)

Mãe: IRENICE COSTA SILVA

Endereço: R DA ESPERANÇA, nº 499, JARDIM BRASIL, OLINDA - PE

Sector: Leito:

Data/hora: 01/05/2018 - 10:46

Nº registro: 79519

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pág.: 1/2

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

História da doença Atual:

COLISAO MOTO-ONIBUS (CAPACETE) AS 23H DE ONTEM. NO MOMENTO COM QUEIXAS DE DOR TORACICA, LOMBALGIA E HEMATURIA. NEGA SINCOPE, VOMITO E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Exame físico:

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ()

Temperatura: 0

OBS:

EGR, GLASGOW 15, AFEBRIL, EUPNEICO, NUCA LIVRE, PUPILAS ISO/FOTO / ABD= GLOBOSO, DOLORO DIFUSAMENTE A PALPAÇÃO. BLUMBERG NEGATIVO

Resultados de exames:

Evolução do paciente:

Conduta:

POLITRAUMA HOJE - COLISAO MOTO-ONIBUS (CAPACETE)
NEGA DESMAIOS SEM VÔMITOS APRESENTANDO HEMATURIA GRANDE OBESO ++++
ABDOMEN = GLOBOSO, DEPRESSIVEL, S/SINAL DE IRRITAÇÃO PERITONEAL
DOR EM COLUNA T4-T5 E TORACO-LOMBAR LASEGUE - REFLEXOS MMII = SIMETRICOS
DOR + EDEMA NO PE ESQ (JA TEVE OUTRO ACIDENTE ANTIGO NO MESMO MEMBRO INF ESQ)
PULSOS DISTAIS = + PERFUSAO + HEMODI ESTAVEL ISOCO/EUPN/ACIANOT
HD 1- TRAUMA RENAL ? 2 - FRATURA DE COLUNA TORAC-LOMBAR ?
TALA BOTA

Exames Complementares/Resultados:

Hipótese Diagnóstica:

Dados da Transferência:

Transferência encaminhado para: HOSP. DA RESTAURAÇÃO

Motivo: Investigação complementar

Senha: 5417307

DRA. LEILA ORIA PRADO

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001. Nome do profissional: DRA. LEILA ORIA PRADO Data: 01/05/2018 10:48:59

Rua Dr. Farias Neves Sobrinho, nº 232, Bairro Novo CEP: 53120-420 - Olinda/PE
Contato: (81) 3429-2622





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOV. PAULO GUERRA



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E SAÍDA

Nome: WILLIAN COSTA SILVA		Prontuário: 1453782	<input checked="" type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> Outros:
Idade: 39 Anos 9 Meses 1 Dia	Sexo: Masculino		
Proc.:	Admissão no HR: 01/05/2018		
Adm. Clínica: CIRURGIA GERAL - 7A NORTE		04/05/18 Alta: 07/05/18	
Enfermaria /Leito: 733-L1			

MOTIVO DE ADMISSÃO E EVOLUÇÃO NA ENFERMARIA

PACIENTE ADMITIDO NA EMERGÊNCIA DESTE SERVIÇO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO NO DIA 01/05/18. REFERIA DOR TORÁCICA, LOMBALGIA DE FORTE INTENSIDADE E HEMATURIA FRANCA NA SVD. PACIENTE COM COLAR CERVICAL E IMOBILIZAÇÃO DO MIE. TAC DE COLUNA MOSTRANDO TRM LOMBAR - L4. ADMITIDO NA ENFERMARIA DE CIRURGIA GERAL ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE. DURANTE INTERNAMENTO FOI FEITO CONTRLE ALGICO DE DOR LOMBAR E VIGILANCIA DE HEMATURIA, COM TRATAMNETO CONSERVADOR DE TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO. EVOLUIU HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS, RECEBENDO ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.

EXAMES COMPLEMENTARES

USG (01/05) EVIDENCIANDO RIM POLICÍSTICO E IMAGEM HEPÁTICA SUGERINDO ESTEATOSE
TOMO DE ABDOMEN E DE CRÂNIO SEM LAUDOS
RX DE TÓRAX

EXAMES FÍSICO NA ALTA

EGE, CONSCIENTE E ORIENTADO, HIDRATADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, AFEBRIL AO TOQUE
ABD FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VMG, RHA +
RCR EM 2T BNF SEM SOPROS FC: 75 BPM
MV + EM AHT COM RONCOS INSPIRATÓRIOS DIFUSOS EM HTE FR: 19

DIAGNÓSTICO

TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO + HEMATURIA
FRATURA DE L4

TRATAMENTO REALIZADO

CONSERVADOR

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA

UTILIZAR COLETE DE JEWETT POR 06 MESES, SEMPRE QUE FOR SENTAR OU FICAR EM PÉ/ANDAR

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR MARCELO GOMINHO
MR2 RAISSA ROCHA
MR1 ALEXANDRE SARMENTO

Dr. Alexandre Sarmento
Médico
07/05/2018

Data: 07/05/2018

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



Nome: **WILLIAN COSTA SILVA SIC**
Idade: **39** Sexo: **M**
Médico: **MEDICO-PLANTONISTA - EMER HR**
Procedência: **SUS - AMBULATORIO**

Pedido: **451814**
Data do Pedido: **01/05/2018 12:35:00**
Data do Laudo:
Atendimento: **966692**

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL

Médico solicitante: Dra. Laura Antunes

Indicação: Hematúria macroscópica

Técnica: Exame realizado com transdutor multifrequencial, em caráter de urgência.

Achados:

Não foi observado líquido livre na cavidade abdominal.

Fígado apresenta dimensões, topografia, forma e contornos normais. A ecotextura é homogênea, porém há moderado aumento difuso da sua ecogenicidade, aspecto compatível com hepatopatias parenquimatosas, sendo, neste caso, a principal hipótese, esteatose hepática. Não foram evidenciadas lesões expansivas. Veia porta de calibre preservado. Vias biliares intra e extra-hepáticas de trajeto e calibre conservados.

Vesícula biliar tópica de paredes regulares e conteúdo anecoico

Pâncreas de forma, volume e textura normais.

Baço de forma, volume e contornos normais.

Rins tópicos, de dimensões preservadas, contendo múltiplas imagens císticas corticais bilaterais, as maiores localizadas no terço superior do rim direito, medindo 5,3 cm e no terço inferior do rim esquerdo, medindo 1,8 cm. Esses achados são sugestivos de doença renal policística do adulto. A critério clínico, a realização de tomografia computadorizada pode trazer maiores informações.

Aorta abdominal e veia cava inferior de trajeto e calibre conservados, com paredes regulares.

Bexiga de forma, volume e contornos normais e conteúdo anecoico.

PEDRO NICOLAS CAVALCANTI FERREIRA
19697



Amostra No.: 117 Rack: 2 Tubo: 1 04/05/2018 11:42:45
 ID DOENTE: 1453782 Serviço: 7 NORTE
 Nome: WILLIAN COSTA SILVA 733-1 Data Nasc.: Sexo:
 ID Analisador: XT-4000i-1

HEMOGRAMA

WBC 9.96 [10³/uL]
 RBC 4.00 [10⁶/uL]
 HGB 12.9 [g/dL]
 HCT 39.2 [%]
 MCV 98.0 [fL]
 MCH 32.3 [pg]
 MCHC 32.9 [g/dL]
 PLT 254 [10³/uL]
 RDW-SD 46.1 [fL]
 RDW-CV 13.1 [%]
 MPV 9.1 [fL]
 NEUT 8.16 + [10³/uL]
 LYMPH 0.92 - [10³/uL]
 MONO 0.56 [10³/uL]
 EO 0.30 [10³/uL]
 BASO 0.02 [10³/uL]

IG 0.04 [10³/uL]

DIFERENCIAL MANUAL

BASTAO.....%
 SEGMENT.....%
 EOSIN.....%
 LINF.....%
 LINF ATIP.....%
 MONO.....%
 BASO.....%

META.....%
 MIELO.....%
 PROMIELO.....%
 BLASTO.....%

GRAN TOXICAS.....

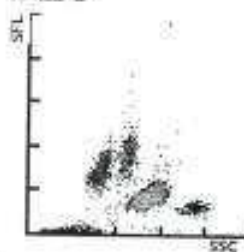
WBC Mensagem IP

SERIE VERMELHA

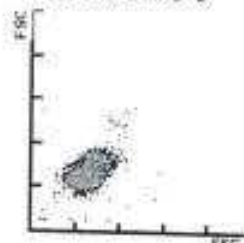
NORMOCITICA.....
 NORMOCROMICA.....
 MICROCITOS.....
 MACROCITOS.....
 ANISOCITOSE.....
 ERITROBLASTO.....

OBSERVACOES:

DIFF



WBC/BASO



RBC



PLT



LIQUIDOS BIOLOGICOS

WBC-BF

RBC-BF

MN

PMN

TC-BF#

[10³/uL]

[10⁶/uL]

[10³/uL]

[10³/uL]

[10³/uL]

[%]

[%]

[10³/uL]

TP: 31.8 seg AE: 92%
 PR: 31.3 seg INR: 1.04
 Fibrinogênio: ---
 REL. PAC/N: ---

Robinson B. Ferreira
 Farmacêutico Hospitalar
 CRF-01767





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROLOGIA



Laudo Médico

Declaro que o paciente WILLIAN COSTA SILVA

Registro: 1453782 Cartão SUS:

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR LOMBAR (FRATURA DE L4 TIPO A1)
FRANKEL E

CID: S32

DATA: 04/05/2019

RITA DE CASSIA FERREIRA VALENÇA MOTA - CRM: Nº.19281
MÉDICO/CRM

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: WILLIAN COSTA SILVA	PRONTUÁRIO: 1453782	ATENDIMENTO: 00966787
DATA DE NASCIMENTO: 06/08/1978	FOI ATENDIDO EM: 01/05/2018 Às 12H30	
	DATA DA ALTA: 04/05/2018 ÀS 15:54	

Diagnóstico Provável:

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR LOMBAR (FRATURA DE L4 TIPO A1)
FRANKEL E

Tratamento Realizado:

CONSERVADOR

Observação:

FAZER USO DE COLETE DE JEWETT POR 06 MESES AO SENTAR E AO ANDAR.
ANALGESIA PARA CASA.
FISIOTERAPIA MOTORA.

Encaminhado para:

ALTA DA NEUROCIRURGIA.
AO AMBULATÓRIO DE COLUMA.
FORNEÇO LAUDO MÉDICO.



RITA DE CÁSSIA FERREIRA VALERCA MOTA - CRM: Nº.19281

Recife, 04, MAIO, 2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Nome do Paciente WILLIAN COSTA SILVA	Nº Atendimento 966787	Nº Prontuário 1453782
Sexo Masculino	Estado Civil	Data de Nascimento 06/06/1978
		Enf/Leito

Motivo

À FISIOTERAPIA MOTORA


HD: TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR LOMBAR (FRATURA DE L4 TIPO A1)
FRANKEL E

MOTIVO: REABILITAÇÃO

Especialidades: FISIOTERAPIA

Recife, 04, MAIO, 2018

Hora: 15:57


RITA DE CASSIA FERREIRA VALENÇA MOTA - CRM: Nº 19281

Médico/CRM

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 966692/2018

NOME: WILLIAM COSTA SILVA.

Foi atendido às 12h30 do dia 01.05.2018

Diagnóstico provável: TRM - Catena L4
trauma chocolate nos fêmites
H4J, amia.

(colisão moto-carro)

Tratamento realizado: curativo, cast de Jewett,

TAC curativo, TAC af curativo, TAC af fovea,
TAC af esôfago, TAC fêmur, TAC chocolate,
Ex RM, Exame ortopédico

Obs. alta hospitalar em 08/05/18

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10/07/18

SES - Hospital da Restauração
Dr. Carlos Paiva
Médico de SAUPE
CRM: 9948

MÉDICO - CRM No.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115004438**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/10/2018** às
08:10

Complementa o BO Número: **18E0115003828**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **30/4/2018** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 1, NO TERMINAL
DE JARDIM BRASIL II OLINDA, - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**MOTORISTA DE ONIBUS (AUTOR / AGENTE)
WILLIAM COSTA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTORISTA
DE ONIBUS
VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): WILLIAM
COSTA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**MOTORISTA DE ONIBUS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO**

**WILLIAM COSTA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IRENICE COSTA SILVA
Pel: ATAIDE GOMES DA SILVA, Data de Nascimento: 6/8/1978 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 4819191/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 984782506**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE OLINDA (BAIRRO), 499, RUA ESPERANCA NUMERO 499
JARDIM BRASIL II - CEP: 65000-000 - Bairro: CENTRO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)



ONIBUS (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTORISTA DE ONIBUS**
Categoria/Marca/Modelo: **ONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **ONIBUS LINHA JARDIM BRASIL II CABUGA PROPRIEDADE RODOVIARIA CAXANGA.**

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILLIAM COSTA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA CB 300 R DE PLACA NUMERO KLP 0140 PROPRIEDADE DE RODRIGO SANTANA DOS SANTOS.**

Complemento / Observação

INFORMA QUE EM ENDEREÇO CITADO PILOTAVA MOTO DESCRITA HAVENDO IMPRUDENCIA DE CONDUTOR DE ONIBUS CITADO O QUAL ENTROU NA RUA PARA O TERMINAL SEM CAUTELA ATINGINDO A MOTO CAINDO EM VIA ELE VITIMA FICOU COM TRAUMA NA COLUNA SENDO SOCORRIDO POR AMIGOS E LEVADO AO HOSPITAL TRICENTENARIO OLINDA E NO MESMO DIA TRANSFERIDO AO HOSPITAL DA RESTAURACAO RECIFE ONDE FOI ATENDIDO .

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

William Costa Silva
WILLIAM COSTA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Alessandra Gomes da Silva* - Matrícula: 272802-8





(1)

Buscar no site

A. COMPANHIA

SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180504301 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA WILLIAM COSTA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO WILLIAM COSTA SILVA



CPF/CNPJ: 89890175487

Posição em 28-02-2019 09:58:55

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/01/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/01/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez.	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/VY85vpl0a80hwD6HQ1XEhg==/n api_key=AQVWeOr01x0plUMAhGNvLC22HROhCkNBwQOt6Linno=)
12/12/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Xz4Bg13vDaMbnx7eeWXtvg== api_key=AQVWeOr01x0plUMAhGNvLC22HROhCkNBwQOt6Linno=)

