

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: **EDIVALDO BESERRA DE SOUSA**, brasileiro, estado civil solteiro, agricultor portador do RG Nº 6451022 SDS/PE, inscrito no CPF 038.755.384-39, residente e domiciliado (a) no sítio carapuça, bairro zona rural AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE.

Outorgada: **ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA**, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: "AD JUDICIA ET EXTRA", a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do (a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE), **05/07/2016**.

Edivaldo Beserra de Sousa

Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EDIVALDO BESERRA DE SOUSA, brasileiro, estado civil solteiro , profissão agricultor portador do RG 6451022 SDS/PE, inscrito no CPF 038.755.384-39, residente e domiciliado (a) no sítio carapuças bairro zona rural AFOGADOS DA INGAZEIRA – PE.

Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não aufera rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

AFOGADOS DA INGAZEIRA (PE), 05/07/ 2016.

Edivaldo Beserra de Souza

Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0257001329

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/10/2015 às 09:05**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/9/2015 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **SITIO CARAPUÇA, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a **MUNICIPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 1 - Bairro: ZONA RURAL - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO EXISTE (AUTOR / AGENTE)
ADELMO DE LIMA OLIVEIRA (TESTEMUNHA)
JOSE PIRES MACIEL FILHO (TESTEMUNHA)
EDIVALDO BESERRA DE SOUSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDIVALDO BESERRA DE SOUSA

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

EDIVALDO BESERRA DE SOUSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA DE FATIMA BESERRA DE SOUSA** Pai: **GENIVALDO PEREIRA DE SOUSA** Data de Nascimento: **23/5/1981** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6451022/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL**

ADELMO DE LIMA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
/ PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE PIRES MACIEL FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO IMBUZEIRO, ZONA RURAL, AFOG ING-PE - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO /BRASIL**

NAO EXISTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDIVALDO BESSERRA DE SOUSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEG4976** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **379953617** Chassi: **9C2KD0550CR511584**

Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A VITIMA, E DECLAROU QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA, ACIMA DESCrita, NO ENDEREÇO SUPRACITADO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR. A VITIMA AFIRMA QUE APÓS O ACIDENTE FICOU DESACORDADO, E FOI SOCORRIDO POR POPULARES, SENDO LEVADO EM SEGUITA PARA SUA RESIDENCIA. A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA SEGUINTE RESOLVEU PROCURAR O HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA, PARA CUIDAR DOS FERIMENTOS CAUSADOS PELO ACIDENTE. ACRESCENTE-SE QUE A VITIMA NAO POSSUI CNH OU PPD PARA CONDUZIR O VEICULO EM QUESTAO. SENDO ESTES OS FATOS DIGNOS DE REGISTRO.

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

Edivaldo Besserra de Sousa
EDIVALDO BESSERRA DE SOUSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO CARDEGOM MARANHAO** - Matrícula: **272923-7**



042



BOLETO DE EMERGÊNCIA

2015/EM038437

SUS	HED Pront. SamerG Pront. Intit: 0	SUS: Nome: 399402 EDVALDO BESSERA DE SOUZA Ocorrências Act. Moto (Queda, Colisão) Residência: Nascimento: 23/05/1981 Idade: 34 Mae: MARIA DE ATIMA BESSERA DE SOUZA	Data: Nº da Ocor. Sexo: Masculino Telefone:
PACIENTE	Nome: SITIO LEITAO	ACOMPANHANTE: Residência: Reg: PAULO 12/09/2015 12:06:00 Imp: PAULO	APODOS DA INGRESSA PE 5600-000 18/09/2015 12:06:48 Telefone:
RESPONSÁVEL			

CONDICÃO	PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENT.
<input type="checkbox"/> SEGURADO <input type="checkbox"/> ESPOSA <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> OUTROS		<input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.		<input type="checkbox"/> BRASILEIRO <input type="checkbox"/> ESTRANGEIRO <input type="checkbox"/> UF	NÚMERO ÓRGÃO
PACIENTE CHEGOU	AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENDIMENTO	H. MIN	<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRAB <input type="checkbox"/> CASO POLICIAL
<input type="checkbox"/> ANDANDO <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> DE AUTO <input type="checkbox"/> OUTROS	SAÍDA CHEGADA	CHEGADA SAÍDA		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	TEMPERATURA	Exames Complementares		
MÁX.: 110	MIN.: 60	AXILAR: RENAL			

Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico -
Sinais - Sintomas

Ressusp. rítmo & quadro
de mofo, com dor cefálica
enurese e tumefação
rufa-mucosa (R), pi-
gada & ampi, br + 180°
& eructos, rinite
noz vívidos
Glycogen = 15

NOTIFICADO

Tratamento

CD = Rx de oxig.
① Voffium 13J - n
② Desametetram 13J - n
③ Peso ambulante
Boca-milh.

Destino Dado ao Paciente

Residência Internado

Encaminhado

Removido

Impressão Diagnóstica

① TCE (?)

NOTIFICADO

Óbito as: H Min. do HOSPITAL REGIONAL EMMA CAMARA
Dia: Rua Manoel Vitorino, 001 Km 01 PE 320
Afogados da Ingazeira - PE

Licença Concedida

Dr. Ademir Euzébio Neto
Médico
-05-18556



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0006-51 (03 vias)
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH			
CARTÃO SUS:	SENHA:		
36118126806 0000L			

NOME DO PACIENTE: <i>Edvaldo Bezerra Souza</i>			
DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:	Nº DO REGISTRO:	
23/05/1981	M	886532	
NOME DA MÃE: <i>Maria de Fátima Bezerra Souza</i>			
ENDERECO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
<i>Aguadas de Igarapé</i>			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA:
Paciente com história de ida ao hospital da mae de 6 dias cursando febre mielle

EXAME FÍSICO:
LGB tonsilite, ventrilo, apêto, vomito, febre 38°C

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame direto e exame de imagem

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
Febre de origem (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO:
Exame de urina (D)

CÓDIGO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE:
C - CTBF

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA:
23/09/15

Urgo

DATA:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DATA DO ENCAMINHAMENTO

ASSINADO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSABILIZADO PELO ENCAMINHAMENTO
 Avenida General São Martinho s/n - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 50.650-050.
 Fone: 2XX.51.21848800

V.1024 V.1.2013.



 <p>Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas</p>		<p>NOME DA UNIDADE: HOSPITAL GETÚLIO VARGAS CGC Nº: 10.572.048/0006-51 (03 vias)</p>	
<p>LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH</p>			
CARTÃO SUS: 10115100000000000000	SENHA:		
NOME DO PACIENTE:			
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:	Nº DO REGISTRO:
NOME DA MÃE:			
ENDEREÇO:			
Nº:	BLOCO:	APT:	BAIRRO:
MUNICÍPIO:		UF:	CEP:
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
HISTÓRIA CLÍNICA:			
EXAME FÍSICO:			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

EXAME FÍSICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO	CÓDIGO
ESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE CTB-5.	CARATÉR DA INTERNAÇÃO
DATA: 15/01/2010	DATA: / /
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR	
PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS EMERGÊNCIA EM UNIDADE COMPLEMENTAR	

— 5 — **REGISTRO CONCILIANTE DA INTERNACAO**

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

RÍGIDAS REGRAS PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

INTERDISSÃO PARA INTERNACÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

ANSWER

Digitized by srujanika@gmail.com

EL ENCANTHAMENTO
Avenida General San Martín s/n - Condeco
Rocha/PE - CEP 50.150-080.

DATA DO ENGAŞTAMENTO

2022-03-17 09:07





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



*27536
275362

Paciente: EDIVALDO BEZERRA DE SOUZA
Prontuário.: 996532
Leito....: C3-03
Idade....:
Impresso: 11:22:43 imp : RENILTON

Pedido.: 275362
Data.....: 24/09/2015
Procedência.: HOSPITAL

Exames solicitados: HEMO.

HEMOGRAMA COMPLETO

Data da Coleta: 24/09/2015

Metodo Automatizado

ERITROGRAMA

HEMACIAS.....: 4.73
HEMOGLOBINA....: 14.3
HEMATOCRITO....: 42.1
V.C.M.....: 89.0
H.C.M.....: 30.2
C.H.C.M.....: 34.0
R.D.W.....: 14.4

milh/mm³ | | | |
g/dL | | | |
% | | | |
fL | | | |
pg | | | |
ul | | | |
%

Homens	Mulheres	CRIANÇA
4.30-5.70	3.90-5.00	13.80-5.50
13.5-17.5	12.0-15.5	12.0-16.0
41.0-53.0	34.9-44.5	35.0-45.0
80.0-98.0	80.0-98.0	84.0-99.0
26.0-34.0	26.0-34.0	26.0-32.0
31.0-36.0	31.0-36.0	31.0-36.0
11.5-14.9	11.5-14.9	12.3-13.9

NORMOCÍTICAS, NORMOCRÔMICA

LEUCOGRAMA

LEUCOCITOS.....: 5.100
PROMIELOCITOS.....: 0
MIELOCITOS.....: 0
METAMIELOCITOS.....: 0
BASTONETES.....: 0
NEUTROFILOS.....: 58.4
EOSINOFILOS.....: 2.3
BASOFILOS.....: 0.2
LINFOCITOS TIPICOS.....: 31.6
LINFOCITOS ATÍPICOS.....: 0
MONOCITOS.....: 7.5
PLASMOCITOS.....: 0
BLASTOS.....:

/mm³ | | | |
0 | | | |
0 | | | |
0 | | | |
0 | | | |
2978 | | | |
117 | | | |
10 | | | |
1612 | | | |
0 | | | |
383 | | | |
0 | | | |

Relativo %	Absoluto /mm ³
4.000 - 11.000	4.000 - 11.000
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0
3.0 - 6.0	120 - 660
47.0 - 73.0	1.880 - 8.000
1.0 - 7.0	50 - 700
0.0 - 1.0	0 - 190
25.0 - 35.0	1.000 - 3850
0.0 - 0.0	0 - 0
4.0 - 9.0	100 - 990
0.0 - 0.0	0 - 0
0.0 - 0.0	0 - 0

LEUCOCITOS CONSERVADOS

PLAQUETAS.....: 217.000 /mm³

| | | |

140.000 - 450.000

Dr. Renilton B. A. de Moura
Biomédico
CRBM 0611





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Getúlio Vargas



275362

Paciente: EDIVALDO BEZERRA DE SOUZA
Prontuário.: 996532
Leito....: C3-03
Idade....:
Impresso: 11:41:54 imp : ANDREA

Pedido.: 275362
Data.....: 24/09/2015
Procedência.: HOSPITAL

Exames solicitados: TPAE,

TEMPO DE PROTROMBINA

Data da Coleta: 24/09/2015

TEMPO DE PROTROMBINA...:	12,90	seg	13.8 Segundos
ATIVIDADE ENZIMÁTICA...:	108	%	70 - 130
I.N.R.....:	0,97		< 1.3

Dra. Andréa Pontes
Farmacêutica Bioquímica
CRF 1967



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19/10/2019 10:46:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101910461874500000051802910>
Número do documento: 19101910461874500000051802910

Num. 52639174 - Pág. 5

Secretaria de Estado da Saúde
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 526391

Nome : Edinilza Barros da Silva

Foi atendido às 21:42 hs. do dia 18/08/19

Diagnóstico Próvel : Pneumonia com infecção bacteriana
com suspeita de pneumonia e candidose
nosso dia
na noite de

Tratamento Realizado : Exames no Hospital Cai
o no hospital para radiografias e exames

Observação : O mesmo dia no dia anterior
mais intensidade de febre e febre

Cópia de : _____


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, segundo a recomendação nº 217 do Conselho Federal de Medicina do Estado de Pernambuco.




Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr.(a) Eduardo
Bessaas de Souza,
necessita de 15
dez dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença.
CID: S02.4

HGU

HOSPITAL OU AMBULATÓRIO

Ribeirão Preto/SP
LOCALIDADE E DATA

Dra. Daniela Oliveira
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HGU - GROPE 9937

Assinatura do Médico – CRM nº

NOTA: Este atestado é válido para finalidades
previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto
nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para
justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do
trabalho.

Avenida General San Martin s/n – Cordero	Recife/PE – CEP 50.630-000
Fone: 0XX 81 31845600	
HGV 1017 V 1.2013	



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19/10/2019 10:46:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101910461874500000051802910>
Número do documento: 19101910461874500000051802910

Num. 52639174 - Pág. 7



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
H O S P I T A L
Gatilho Vargas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Assinatura e Cartimbo Míddico:

Architect General Qian Wanren shi - Cetral
Fushegong - CEP 50.000 (R\$).
Tel. DIX-81 3144850

JHEP07(2020)120



Guilherme Vargas

ENFERMAGEM - SAE
HISTÓRICO

DATA _____ HORA _____

PAPEL	WALE	RELIGião
MULHERIA	LEITO	PESO ALTURA
CONCESSÃO		SEXO <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M

FIHOS	PROCEDÊNCIA
-------	-------------

	BARREIRA / INGUSTICA	<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
--	----------------------	--

NEUROLOGICO ALERGIAS

DENTAL NÃO SIM GRAU PARENTESCO

TUBO DRENADOR BRAUL RODAS MACA OUTROS

DATA DO PROCEDIMENTO INSTITUIÇÃO

HÁBITOS PESSOAIS

<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	PRÓTESE DENTARIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

NÃO SIM TIPO

NÃO SIM LOCAL

NÃO SIM LOCAL

NÃO SIM QTA?

ANTECEDENTES CLÍNICOS

FAMILIARES (ESPECIFICAR PARENTESCO)

Avenida General São Martinho 360 - Cordeiro
Recife/PE - CEP 52.830-906
Fone: (0XX 81) 31845000

ENFERMEIRO(A)/ANCOREN



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial

CONTRIBUIÇÃO
Pernambuco

Hospital Getúlio
Vargas

Nome:	Edvaldo Beserra de Sousa	REG:	996532
-------	--------------------------	------	--------

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins e de direito que o Sr supracitado deu entrada neste nosocomio através da admissão no dia 23 de Setembro de 2015 com história de acidente motociclistico (SIC), diagnosticado com a patologia de **CID: S02.4** necessitando de procedimento cirúrgico sob anestesia geral. Foi submetido ao tratamento cirúrgico de correção da fratura no dia 30 de Setembro de 2015, com alta da BMF no dia 01/10/2015.

O mesmo ainda se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Dr. Daniella Araújo
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
Residente HGV - CRO/PE 9937


Drº Daniella Araújo
CRO/PE-9937





Serviços de seguros

CADASTRO
DE PROCESSOVISUALIZAR
PROCESSOCADASTROS
GERAISARQUIVO
MORTO

HELENITA SIQUEIRA | alterar senha| institucional | sa...

VISUALIZAR PROCESSO

Processo da: <MATRIZ - CURITIBA>

Voltar

PROCESSO

Número do Sinistro 3150/951174 (TOTAL)

Vítima	EDIVALDO BESERRA DE SOUSA	Filial	MATRIZ - CURITIBA
Data Cadastro	04/11/2015	Garantia	INVALIDEZ
Data Sinistro	17/09/2015	Data Recepção	04/11/2015
Analista	CLAUDIA	Categoria	09 - MOTO
Seguradora	Capemisa Vida e Previdência	Situação	DOC. PENDENTE

CORRETORA

Nome HELENITA SIQUEIRA Responsável HELENITA/ TANIA

PROCURADOR

Nome	HELENITA SIQUEIRA LIBERAL SILVA	Email
Telefone		CPF 589.391.134-20
Celular		

ENVIO À SEGURADORA LÍDER**BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS**

Data Pagto	Data Rateio	Beneficiário - CPF/CNPJ	Valor Indenização	Valor Pleitado	Diferença	Dados Bancários
		EDIVALDO BESERRA DE SOUSA 038.755.384-39	0,00	0,00	0,00	1 | 237/_2542/_ / 133523/_

DOCUMENTOS

Data Solicitação	Data Recepção	Descrição
12/11/2015		Adendo ao Boletim de Ocorrência nº 15 E 257 001 329 em original ou cópia autenticada, informando claramente o proprietário da motocicleta, visto que o recepcionado não informa.
12/11/2015		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento era recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
12/11/2015	11/03/2016	Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.
		RECEPCIONADO DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR - DOC E PROC ENC P/ ANALISE.
15/03/2016		Adendo ao Boletim de Ocorrência nº 15 E 257 001 329 em original ou cópia autenticada, informando claramente o proprietário da motocicleta, visto que o recepcionado não informa.
15/03/2016		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento era recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
15/03/2016	23/05/2016	Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.
02/06/2016		RECEPCIONADO BOLETIM DE OCORRÊNCIA - DOC E PROC ENC P/ ANALISE.
02/06/2016		Declaração do Proprietário do Veículo COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE, haja visto que o documento era recepcionado se encontra sem reconhecimento de firma.
02/06/2016		Obs.: DUT e declaração do proprietário recepcionado, divergem no proprietário da motocicleta.

GLOSA OU RELATÓRIO

05/07/2016 11:30



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19/10/2019 10:46:19

https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101910461896400000051802911

Número do documento: 19101910461896400000051802911

Num. 52639175 - Pág. 1

QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Eduardo de Souza	
Nome	
Loc. Nasc. Rua da Beira Rio, 23, 05.81.	Doc. Ident. nº.....
Cidade Rio de Janeiro	Estado.....
Filho(a) Maria do Rosário, nascida em 12.7.43, filha de	Obs.
O.N. 12.7.43, nascida em 12.7.43, filha de	Data Emissão 17.03.99
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em Doc.	
Exp. em Estado Assinatura do funcionário	
Maria Adenice	
Assinatura do funcionário	
ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Est. Civil.	
Doc.	
Est. Civil.	
Doc.	
Nascimento	
Doc.	



*Ado B. da Mota & S. C.
ASSINATURA DO PORTF*

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Num. 52639176 - Pág. 1



CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: MARIÓ JOSE DA SILVA
CNPJ: 03703946407
End.: PROJ MARIA TEREZA, AREA C 21, LOTE 52
CEP: 56302-970 Cidade: PETROLINA PE
Esp. do estabelecimento: AGRICULTURA
Cargo: TRABALHADOR RURAL CBO 622505
Data admissão: 14/05/2013
Registro nº: 1 Folha: 2
Remuneração especificada: 700,00 —/—
(Setecentos Reais

Mano José da Silva
Ass. do empregador em a Togo c/test.

1º Data saída 14 de Julho 2º 1º de 10 2013

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N°.....

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

CONTRATO DE TRABALHO		15
Empregador .....	.....
CGC/MF .....	.....
Rua .....	.....	Nº
Município .....	.....	Est.
Esp. do estabelecimento .....	.....
Cargo .....	.....
CBO nº		
Data admissão	de	de 19
Registro nº .....	.....	Fls./Ficha
Remuneração especificada		
.....		
.....		
Ass. do empregador ou a rogo c/test.		
1º .....	.....	2º
Data saída		
..... de 19		
.....		
Ass. do empregador ou a rogo c/test.		
1º .....	.....	2º
Com. Dispensa CD Nº		

Dear shareholders 24 de Setembro de 1920
CBO n.º 1
Registo nº P/S/Ftechnic
Remeunicações específicas 520,00 reais
Movimentos de Utilização de meios

QCOM - AY. AMNIDIC CDBRAL. 12927nE
RUE - CENTRO - CEP 89247-000.
Munichipal - 5011 84884 00 SCL - SC

OCOMF
OBRA LTDA. ME
MINI EMPIRELLA DE MAO, DE

EMPIRE ADOLFO
CONTRATODE TRABAJO
10 228 787/0001-05

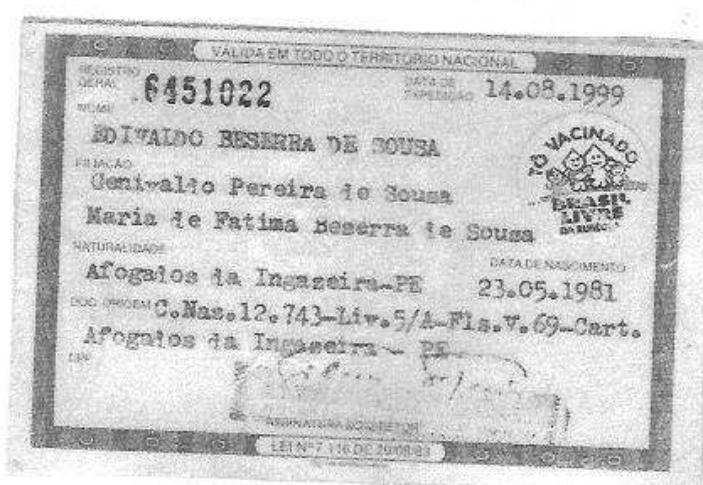
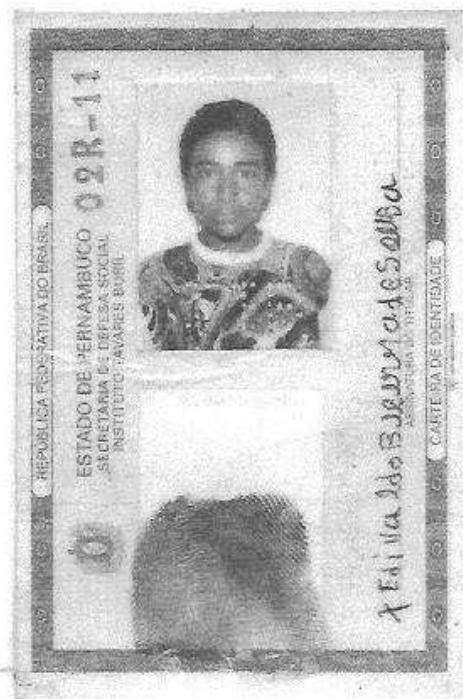
CONTRATO DE TRABAJO

Digitado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19

ado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19
//pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.s
p://pj.e.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.s

http://pje.tjpe.jus.br:443/tjg/Processo/ConsultaDocumento/listview.s
s
ero do documento: 1910191046190370000051802912





Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 19/10/2019 10:46:19
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101910461916600000051802913>
Número do documento: 19101910461916600000051802913

Num. 52639177 - Pág. 1