

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA, brasileiro, solteiro, pedreiro (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.348.424 SDS/PE e do CPF nº 091.487.914-66, e-mail: não possui, residente e domiciliado no Rua Monte Alegre, nº 180, Ouro Preto, Olinda/PE, CEP: 53.370-293.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores e dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, autorizando desde já a sua retenção, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 14 de julho de 2020

Outorgante: X JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA, brasileiro, solteiro, pedreiro (atualmente desempregado), portador do RG nº 8.348.424 SDS/PE e do CPF nº 091.487.914-66, e-mail: não possui, residente e domiciliado no Rua Monte Alegre, nº 180, Ouro Preto, Olinda/PE, CEP: 53.370-293. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 14 de julho de 2020

Declarante: X JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA.



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA,
RG/CNH nº 8.348.424, órgão expedidor: SOS, UF: PE, CPF: 091.487.914-66,
endereço: ROA MONTE ALEGRE, nº 180, OURO PRETO.

CEP: 53.370-293, cidade de OLINDA-PE, telefone(s) (81) 9.9969-0637, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2019 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 14 de JULHO de 2020.

X JACKSON JOSÉ REIS DA SILVA

Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **091.487.914-66**

Nome: **JACKSON JOSE REIS DA SILVA**

Data de Nascimento: **01/09/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **08/10/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:04:09** do dia **11/06/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0139.46FD.E9D4.D2E9**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



CAIXA

104-0

10498.502231 800010.07453 00654.37797 6 82830000003200

Local de pagamento Preferencialmente nas casas lotéricas até o valor limite					Vencimento 11/06/2020
Beneficiário MercadoPago.com Representações Ltda CNPJ 10.573.521/0001-91 Av. das Nações Unidas, nº 3.003 Bonfim - CEP: 06233-903					Agência/Código do Beneficiário 4241/850221-8
Data do documento 08/06/2020	No documento 7300654377	Espécie doc. OUT	Aceite A	Data processamento 08/06/2020	Nosso número 14/000007300654377-5
Uso do banco	Carteira RG	Espécie R\$	Quantidade	Valor Documento 32.00	(=) Valor documento 32.00
Instruções (Texto de responsabilidade do Beneficiário) Não receber Pagamento em Cheque Boleto com vencimento no final de semana, poderá ser pago no próximo dia útil Se tiver algum problema com a compra, acesse https://www.mercadopago.com.br/ajuda					(-) Desconto / Abatimentos
					(-) Outras deduções
					(+) Mora / Multa
					(+) Outros acréscimos
					(=) Valor cobrado 32.00
Sacado WELLINGTON OLIVEIRA CPF: 049.730.984-00 Rua Monte Alegre 180 Olinda					Cód. baixa
Sacador/Avalista					Autenticação mecânica Ficha de Compensação





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL


Convênio
DRT - PE
SEPLANDES

Número 43465 Série 00097-PE



X JACKSON JOSE REIS DA SILVA
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jackson José Reis da Silva x

Loc. Nasc. Olinda x Est. PE Data 01/09/1992 x

Filiação Josias José da Silva e Valéria Paula Reis da Silva x

Doc. Nº CN-82589-2/1-120-F.20 x

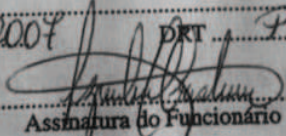
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.: 09/08/2007 DRT PE

Data Emissão 09/08/2007


Assinatura do Funcionário
Izabel Cristina da Silva Oliveira
Mat. 145.227-4



CONTRATO DE TRABALHO**Real Hospital Português de Beneficência em****Pernambuco**
10.892.164/0001-24Avenida Governador Agamenon Magalhães, 4760
Paissandu Recife PE

Cargo	Pedreiro
CBO	7152-10
Admissão	26/09/2016
Registro	025116
Remuneração	R\$ 1.322,20 p/Mês
(Um Mil e Trezentos e Vinte e Dois Reais e Vinte Centavos)	

Real Hospital Português de Beneficência em
Pernambuco

Jackson José Reis da Silva

1º 2º
Data saída 15 de Janeiro de 2018

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º Fábio Pedro da Silva
Coord. Recursos Humanos
Com. Dispensa CD N°
vide pag. 44**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E1174006330**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/06/2020** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/3/2020** às **11:40**

Fato ocorrido no endereço: **PE-015, 1** - Bairro: **TORRES GALVAO - PAULISTA/PERNAMBUCO**
/ **BRASIL** - CEP: **53417-690** - Ponto de Referência: **PROXIMO A PASSARELA**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS (OUTRO)
JACKSON JOSE REIS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JACKSON JOSE REIS DA SILVA

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

JACKSON JOSE REIS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALERIA PAULA REIS DA SILVA** Data de Nascimento: **1/9/1992** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8348424/SDS/PE** (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 999690637**

Residencial: **RUA MONTE ALEGRE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 180 - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

V1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DIEGO JOSE DA SILVA SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JACKSON JOSE REIS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDZ6076** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**



Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE PLACA PDZ6076 DE PROPRIEDADE DE DIEGO JOSÉ DA SILVA SANTOS, QUANO UM VEÍCULO DE COR PRATA DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO AO SAIR DO RETORNO E ENTRAR NA PE-15 SENTIDO PAULISTA FREIOU BRUSCAMENTE NA FAIXA DA ESQUERDA DA VIA, ONDE A VÍTIMA FOI SURPREENDIDO PELA PARADA DO VEÍCULO DE VEZ, ONDE TENTOU FREIAR PARA NÃO COLIDIR COM O VEÍCULO E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, CAINDO NA VIA, SENDO RAPIDAMENTE SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, QUE OLEVOU PARA A UPA DE OLINDA E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE FOI CIRÚRGIADO DE FRATURA DA TÍBIA. POR ISSO QUE A VÍTIMA COMPARECEU NA DATA DE HOJE PARA PRESTAR QUEIXA DO FATO PARA AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS POLICIAIS. CASO AFETO DP DE PAULISTA.

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

JACKSON JOSE REIS DA SILVA

JACKSON JOSE REIS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RAIMUNDO LINO PEREIRA** - Matrícula: **3849031**
(Liberado em **29/06/2020** às **10:52**)

Raimundo Lino Pereira

29/06/2020 10:53





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda 15 de Junho de 2020.

DECLARAÇÃO

Declaramos que nas fichas dos atendimentos nº1601459, nº1602347, nº1602907, nº1603384, nº1604013, nº1604507, nº1605021 e nº1605461 onde se lê o nome do paciente JADSON JOSE REIS DA SILVA, **leia-se JACKSON JOSE REIS DA SILVA**. informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do CNH: 05463300651.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR
UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE.
FONE: 3184-4303



UP, 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/03/2020 12:04

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 0148
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2020 12:04 - 05/03/2020 12:05

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELO SAMU PAULISTA
QUEDA DE MOTO DOR EM MMSS E MID

Observação:

ALERGIA-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: **MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)**

Data Impressão: 05/03/2020 12:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007211103768200000063777778>

Número do documento: 2007211103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 2

UF A24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1601459

Senha da Classificação:

0148

Data e Hora: 05/03/2020 12:06

Paciente: 538013 JADSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992

Idade: 27 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Queixa de dor no joelho direito há alguns dias, piorando com a marcha e ao subir e descer as escadas.

Exame Físico

Joelho direito com dor à palpação e limitação de movimento.

Hipótese Diagnóstica

Lesão do ligamento cruzado anterior.

Conduta Terapêutica

Reposicionamento.

Prescrição Médica

Medicamentos: DORXIL 1000mg, IPRAX 400mg, GEL. Físio: 15 sessões.

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Sérgio Ghellip
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23136
TEO 18087

assinado em 05/03/2020
assinado em 05/03/2020
Senha

Carimbo/Médico



1601459

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/03/2020 10:08

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0113
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/03/2020 10:13 - 07/03/2020 10:14

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: DOR EM MMSS E MID APÓS QUEDA
Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/03/2020 10:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

PA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Senha da Classificação: **0103**

Atendimento: **1602347**

Data e Hora: **07/03/2020 10:14**

Sexo: **MASCULINO**

Paciente: **538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA**

Nome Social:

Data do Nascimento: **01/09/1992** Idade: **27 anos**

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **VALERIA PAULA REIS DA SILVA**

Nome do Pai:

CRM: **1234567**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

Bairro: **OURO PRETO**

Endereço: **RUA MONTE ALEGRE**

CEP: **53370293**

Usuário Atendimento: **DANIELEMS**

Cidade/UF: **OLINDA**

PE

Data de Emissão:

Fone: **85019813**

RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

fr de Punção

Conduta Terapêutica

Ag. Transferrina

Prescrição Médica

*Dieta ORAL LIVRE
1x1 AD R 16/6
Cetoprofeno 100mg T 1024
Ag. TRANSFERRINA*

Destino:

☒ Encaminhado ao Ambulatório ☐ Residência

Transferido:

Para:

*Dr. Samuel Moura
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 26.555*

Senha: _____

Carimbo/Médico



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/03/2020 15:28

Nome Paciente: JADSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0191
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 08/03/2020 15:29 - 08/03/2020 15:29

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAUMA EM MID

Observação: RENOVACAO DE PRONTUARIO

História sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/03/2020 15:29

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007211103768200000063777778>

Número do documento: 2007211103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 6

Atendimento: 1602907

Senha da Classificação: 

Data e Hora: 08/03/2020 15:32

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Tratamento Terapêutico

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha: _____

Para: _____

Carimbo/Médico



1602907

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/03/2020 15:06

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0277
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 09/03/2020 15:07 - 09/03/2020 15:07

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MMSS

Observação: RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/03/2020 15:07

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 1603384

Senha da Classificação:

Data e Hora: 09/03/2020 15:10

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal**Exame Físico****Hipótese Diagnóstico****Tratamento Terapêutico****Prescrição Médica**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1603384



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 10/03/2020 16:20

Nome Paciente:	JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	01/09/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	27 anos
Senha:	0298
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 10/03/2020 16:20 - 10/03/2020 16:21

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAUMA EM MMSS
Observação:	RENOVACAO DE PRONTUARIO
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/03/2020 16:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1604013

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 10/03/2020 16:27

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Senha:

Para:

Carimbo/Médico



1604013



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007211103768200000063777778>

Número do documento: 2007211103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 11

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/03/2020 15:52

Nome Paciente:	JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:	538013
Data de Nascimento:	01/09/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	27 anos
Senha:	0284
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 11/03/2020 15:53 - 11/03/2020 15:53

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RENOV DE PRONTUARIO, TRAUMA EM MMSS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2020 15:53

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007211103768200000063777778>

Número do documento: 2007211103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 12

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1604507

Data e Hora: 11/03/2020 16:22

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos

Convênio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Bairro: OURO PRETO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 85019813

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino:

) Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo/Médico



1604507



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/03/2020 16:39

Nome Paciente: JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente: 538013
Data de Nascimento: 01/09/1992
Sexo: Masculino
Idade: 27 anos
Senha: 0280
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 12/03/2020 16:40 - 12/03/2020 16:40

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MID

Observação: RENOVACAO

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/03/2020 16:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007211103768200000063777778>

Número do documento: 2007211103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 14

Atendimento: 1605021

Senha da Classificação: _____

Data e Hora: 12/03/2020 16:41

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE

182

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370293

Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Exame Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Tratamento Terapêutico

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____

Senha: _____

Carimbo/Médico



1605021



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/03/2020 15:00

Nome Paciente:	JAKSON JOSE REIS DA SILVA
Cód. Paciente:	538013
Data de Nascimento:	01/09/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	27 anos
Senha:	0219
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 13/03/2020 15:00 - 13/03/2020 15:01

DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MID

Observação:

RENOVAÇÃO DE PRONTUARIO

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLY SANTOS RAMOS DE BARROS - COREN: 9449 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/03/2020 15:01

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2020 11:10:37

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072111103768200000063777778>

Número do documento: 20072111103768200000063777778

Num. 64990807 - Pág. 16

Atendimento: 1605461

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 13/03/2020 15:01

Paciente: 538013 JAKSON JOSE REIS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/09/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: RUA MONTE ALEGRE -- 182 Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53370293 Usuário Atendimento: LILIAN S

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 85019813

CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico



1605461





Nome: JACKSON JOSE REIS DA SILVA (1628959)

Admissão: 341301

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 17/03/2020

LAUDO MÉDICO

Declaro para fins de prova que o paciente, JACKSON JOSE REIS DA SILVA é portador do diagnóstico:

CID: CID: (S84.1) FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Permaneceu internado do dia 13/03/2020 a 18/03/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 17/03/2020.

Sugiro manter afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, seguiu em acompanhamento ambulatorial

Moreno, 17/03/2020.

RETORNO: 17/03/2020

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07:00HS

MÉDICO: ISAIAS FERNANDES

ATENÇÃO: QUALQUER ANOMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples para o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 17/03/2020 AS 13:53


Dr. Isaias Cavalcante Fernandes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 16952
TRCT 14248

Dr. (a) ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

CRM:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/03/2020 11:26

Atendimento: 341301 Entrada: 13/03/2020 Hora: 20:42
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Res: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 4 Dia(s), 14 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706900180610438

Paciente: 1628959 JACKSON JOSE REIS DA SILVA
Nascimento: 01/09/1992 (27 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MONTE ALEGRE
Bairro: OURO PRETO C.E.P. 53370-120
Cidade: 2606000 OLINDA
Pai: JOSIAS JOSE DA SILVA
Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8348424 - SDS - PE
Telefone: / 985019813
G. Instrução:
Ocupação: GRANITEIRO
Naturalidade: OLINDA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 13/03/2020 22:02

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL D / VEM DO HOF PARA INTERNAMENTO

Exame físico:

DOR + LIMITAÇÃO

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATO TIBIAL

Prescrição/Conduta:

Horario/Checagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Clóvis Campelo, S/N - Moreno-PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 18/03/2020 11:27

Atendimento: 341301 Entrada: 13/03/2020 Hora: 20:42
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 4 Dia(s), 14 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 706900180610436

Paciente: 1628959 JACKSON JOSE REIS DA SILVA
Nascimento: 01/09/1992 (27 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA MONTE ALEGRE
Bairro: OURO PRETO C.E.P.: 53370-120
Cidade: 2609600 OLINDA
País: JOSIAS JOSE DA SILVA
Mãe: VALERIA PAULA REIS DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: 8348424 - SDS - PE
Telefone: 7.985019813
G. construção:
Ocupação: GRANITEIRO
Naturalidade: OLINDA

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 17/03/2020 15:22:00

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: ISAIAS FERNANDES - CRM : 19952

Aux 1: HERMES WAGNER

Anestesiista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER / ELIVELTON

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

2. ARTROTOMIA AO NÍVEL DO JOELHO

3. FASCIOTOMIA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Prescrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MI
ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO VIA DE ACESSO ANTERO-LATERAL COM ABERTURA POR PLANOR E HEMOSTASIA
IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL. COM RETIRADA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO
REDUÇÃO, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, COM VISUALIZAÇÃO DIRETA DA SUPERFÍCIE ARTICULAR
COLOCAÇÃO DE PLACA EM L PARA PLATÔ, 05 X 02 FURROS
COLOCAÇÃO DE 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS
COLOCAÇÃO DE 03 PARAFUSOS CORTICAIS

História Clínica: Armindo Moura
S.A.M.E.
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3537-2013
Rua Celso de Figueiredo, 10-PE

Página 1 de 2



- . LAVAGEM DAS FERIDAS COM SF 0,9%
- . SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
- . CURATIVO OCLUSIVO
- . RETIRADA DE GARROTE
- . USADA FLUOROSCOPIA

Materials Prosemed

PLACA EM "L" 4,5MM - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 03 UNIDADES

PARAFUSO ESPONJOSO - 02 UNIDADES

Arquivo Memorial Alcindo Moura
SANE
Centro de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Rua Celso de Faria, 100 - PE

Página 2 de 2



SINISTRO 3200232729 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JACKSON JOSE REIS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JACKSON JOSE REIS DA SILVA

CPF/CNPJ: 09148791466

Posição em 11-07-2020 08:47:23

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

