
Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200310279

Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC - B

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.090-020

15 - E-mail: (81) 9.8835-4910 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 214446 7
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28 de Agosto 2020.

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA - DP17ªCIRC
DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0107000521**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **10:53**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **23/4/2020** às **17:40**

Fato ocorrido no endereço: **RUA NOVA DESCOBERTA, 1** - Bairro: **BREJO DE BEBERIBE** -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: **52090-003**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSUEL VICENTE FERREIRA (OUTRO)
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSINEINE FRANCISCA DE FREITAS** Pai: **JOSE AURELIO DA SILVA** Data de Nascimento: **5/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5370400097/SDS/PE (RG). 08230559490 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PORTEIRO** Telefones Celulares: **- 988354910**

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

JOSUEL VICENTE FERREIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VANISIA VICENTE FERREIRA** Pai: **MOSEIS TOME FERREIRA** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL VICENTE FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA, QUE NO DIA CITADO, ELE TRANSITAVA PELO ALTO TREZE DE MAIO NA LOCALIDADE DO ALTO DAS PEDRINHAS, PROXIMO A ASSEMBLEIA DE DEUS, ONDE ELE CAIU EM UM BURACO LOCALIZADO NA RUA, E FOI SOCORRIDO PELO SEU CUNHADO E LEVADO PARA A UPA DA CAXANGA, ONDE DEU ENTRADA NO DIA 23/04/2020 CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420460,, , ONDE FOI FEITO LINPEZA E SUTURA MAIS CORATIVO, E LIBERADO, SENDO NO DIA SEGUINTE DIA 24/04/2020, ELE DEU ENTRADA NOVA MENTE COFORMRO PRONTUARIO DE NUMERO 00498663, ATENDIMENTO 01420588, COM FLATURA DE MALEOLO DIREITO E FRATURA DE TORNOZELO, ONDE FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREIRAS, CONFORME O PRONTUARIO DE NUMERO 1023284, ONDE DE LA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL ARLIDO MOURA COFORME O NUMERO DE ATANDIMENTO 342720, POR ESTE MOTIVO PEDE PROVIDENCIAIS POLICIAIS.

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

JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
JOSE ANDESON FARIAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDINALDO MATIAS DE LIMA** - Matrícula: **3809471**
(Liberado em **28/08/2020** às **11:21**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 082.305.594-90 4 - Nome completo da vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA 6 - CPF: 082.305.594-90

7 - Profissão: RECUSA 8 - Endereço: RUA TAMANIQUE 9 - Número: 215 10 - Complemento: CC - B

11 - Bairro: N. DESCOBERTA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52.090-020

15 - E-mail: (81) 9.8835-4910 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0049 CONTA: 214446 7
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife 28 de Agosto 2020.

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 000000214446-7

Nr. da Autenticação 0DA92FF3B5B4EBF8

**CELPE**

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-05 | Insc. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GEYSE VICENTE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA TAMANIQUA 215 CS- B

CPF 116 386 864-75 NIS 20309687558

NOVA DESCOBERTA/RECIFE
RECIFE PE
52090-020

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DIAMOTAFISCAL	EMP	EMPALO
121057170	ÚNICA	20/08/2020
Nº REGISTRADO	Nº DOCUMENTO	Nº DE REGISTRO
2008/2020	2018624481	6605264

GRNTA CONTRATO	MEDIANO
7029858599	08/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA RESCISÃO PROGRAMADA/EFETIVA
08/09/2020	21/09/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	133,28

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,14828986	4,47
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,25582585	17,81
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	90,1100000	0,38398948	34,58
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,12755064	3,82
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,21882067	15,31
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	90,1100000	0,32824451	29,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			25,03
ICMS Subvenc-ão CDE-NF 113488181-22/09/20			0,08
ICMS Subvenc-ão Baixa Renda			2,48

TOTAL DA FATURA

133.28

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
3082334462	CAT	20/07/2020	5 371,00	20/08/2020	5 644,00	29	1.00000		193,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
AGO 20 190	190
SET 20 223	223
OCT 20 252	252
NOV 20 241	241
DEZ 20 278	278
JAN 20 234	234
FEB 20 257	257

INDICADORES TÉCNICOS

Índice	Valor	%	Valor do Imposto
BARRA DE CÁLCULO	105,67	38,33	28,41
ICMS	105,67	1,09	1,15
PIS	106,67	5,04	5,32
COPINS			

Geração e Distribuição de Energia

Serviço	R\$	Porcentagem
Geração de Energia	R\$ 30,58	31,77%
Transmissão	R\$ 4,76	4,95%
Distribuição (Cetep)	R\$ 25,01	25,95%
Perdas de Energia	R\$ 5,04	7,81%
Energia Solarizada	R\$ 1,37	1,39%
Tributos	R\$ 30,88	31,72%
Total	R\$ 95,67	100%

TANTAS APLICADAS

Item	Valor
Consumo - TUSTE em 100 kWh	0,11591000
Consumo - TUSTE superior a 100 até 150 kWh	0,17132600
Consumo - TUSTE superior a 150 até 220 kWh	0,26488400
Consumo - TE até 20 kWh	0,00791200
Consumo - TE superior a 20 até 50 kWh	0,15707000
Consumo - TE superior a 50 até 220 kWh	0,27005200

RESUMO DO FISCAL

280U 5B5S 5AA 2834 7278 B3F6 3582 40CC

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

LETAS PARA O LUGAR DE OBRIGADO
 Não dá para não agradecer a quem fez o bem por você. Mas, para não esquecer, a melhor forma é com uma leta personalizada, com o nome e o endereço do beneficiário, conforme Decreto Estadual nº 458/13. Superfácil de fazer, a leta pode ser feita em casa, com o modelo disponível no site www.letas.org.br. O cliente também pode fazer a leta online, com o endereço individual ou de nível de atendimento. Porém, o endereço precisa estar atualizado no cadastro. Já no site, o usuário também pode fazer a leta em nome de terceiros. Art. 1º do Decreto nº 458/13, de 16 de maio de 2013, estabelece que a leta deve ser feita em nome do beneficiário ou de quem ele autorizar. A leta deve ser entregue ao beneficiário ou a quem ele autorizar, pessoalmente ou por meio de representante legal. A leta deve ser entregue ao beneficiário ou a quem ele autorizar, pessoalmente ou por meio de representante legal. A leta deve ser entregue ao beneficiário ou a quem ele autorizar, pessoalmente ou por meio de representante legal.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EM ATÉ 16 DIAS, DEBÊ OS EXISTENTES CALIGRÁFICO CORTE

Venda	Diário	Valor	Venda	Diário	Valor
000000	200000	147,50	000000	200000	31,50
000000	200000	79,50	000000	200000	59,50
000000	200000	167,10	000000	200000	102,50

Este comunicado NÃO substitui a lista de débitos e não exclui o devedor de ser inscrito no Juízo. Caso o suposto devedor não for inscrito no Juízo por falta de informação, poderá ocorrer a emissão de novo crédito, podendo o devedor sofrer cobrança com base em créditos distintos no Art. 2º, IV da Lei 14.111/2016. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito (SPC e SERASA).

As condições gerais de financiamento (Recursos / INE, 2014) geram, portanto, impactos estruturais que se refletem na disposição, para conduzir, empresas unidas de atendimento no ato.

BRUNO'S FURNACE HAS AVERAGE COST

CONJUNTO	VALOR MEDIANO	LÍMITE INFERIOR	LÍMITE SUPERIOR	LÍMITE ABRIL
Q1C	0,00	4,95	0,01	14,02
FGC	0,00	3,11	0,22	12,48
Q4C	0,00	2,77	0,00	0,00

Linda DICAP, 1-1-99

EUSD - Valor do Encargado de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 39,22

NÍVEL DE TEMPO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

CONTA CONTRATO
0029858599

ESAND
03/2020

DATA DE VENCIMENTO: 08/09/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

133.28

83800000001-7 33280011007-0 02985859910-2 14725237283-5



ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38



ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38



RECIFE PE PLZ
VALMIR HONORIO DA SILVA

UBIRAJARA 16

TABAJARA

53360-530 OLINDA PE



721109423022333000000101301235

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38



ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38

ASL-0231193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:20:38

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.228.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE ANDERSON F. DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.305.594 90

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE ANDERSON F. DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 082.305.594 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

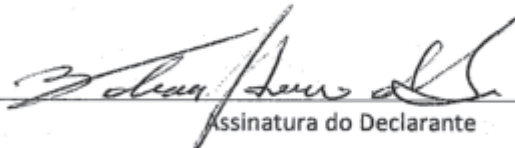
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Ubirajara</u>	Número: <u>16</u>	Complemento: <u>CS</u>
Bairro: <u>TABAJARA</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53.530-360</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9.8287-3559</u>

Local e Data: RECIFE 28 de Agosto 2020.


Assinatura do Declarante

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-23 18:23:12

Nome Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente: 498663
Data de Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: OR0013
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 1420460
SAME:



Período: 2020-04-23 18:23:12 - 2020-04-23 18:29:52

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE COM RELATO DE DOR, EDEMA E CORTO CONTUSO EM MID APOS QUEDA DE MOTO.

Observação:

HAS: -

DM: -

ALERGIA: -

Fluxograma sintoma:

ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG

- P.A.DISTOLICA: 80.00 MM/HG

- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: EVANDRA BATISTA SILVA PINHEIRO - COREN: 440584 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:48:16



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome:

498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:

33a 5m

Nascimento:

05/02/1987

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984635820

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
paciente se nega a tratamento cirurgico, oriento sobre os riscos de desvio.

Assinatura

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome:

498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sexo:

MASCULINO

Contatos:

/ 81-984635820

Idade:

33a 5m

Nascimento:

05/02/1987

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

em tempo, apos avaliar ferimento do tornozelo co manestesia se trata de ferimento superficial sem invasão do compartimento articular

EXAME FÍSICO:

edema em tnz + ferimento superficial em tnz

DIAGNÓSTICO:

fratura de maleolo lateral
ferimento em joelho dirieto
ferimento superficial em tnz

Marcel

Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m Nascimento: 05/02/1987

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984635820

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

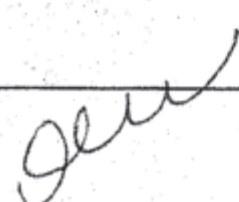
RELAT ODE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM COTOVELO E MÃO ESQ + DOR EM JOELHO/PÉ/TNZ DIREITO. NEGA TRAUMA NA CABEÇA, DESMAIO, VÔMITOS OU PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA DOR CERVICAL, DOR TORÁCICA E DOR ABDOMINAL

EXAME FÍSICO:

A VIAS AERIAS PERVIAS SEM COLAR
B FR 16
C FC 80
D ECG 15
E EDEMA + FERIMENTO EM TNZ D + FERIMENTO EM JOELHO D
MSE SEM CREPITAÇÃO, SEM LIMITAÇÃO DA ADM, SEM EDEMA, SEM DEFORMIDADE

DIAGNÓSTICO:

FRATURA EXPOSTA DO TNZ D
FERIMENTO EM JOELHO EM JOELHO D





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ

Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m Nascimento: 05/02/1987

Sexo: MASCULINO Contatos: / 81-984635820

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

Conduta:

REALIZADO LIMPEZA + DEBRIDAMENTO + SUTURA EM JOELHO D
CURATIVO ESTERIL EM TNZ D
TRANSFERENCIA

MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-984635820

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

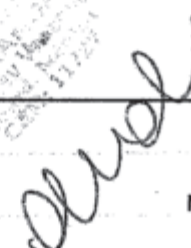
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura de maleolo lateral

CID PRINCIPAL: S826

CONDUTA:

realizado limpeza + debridamento + sutura + curativo
TRANSFERENCIA


MÉDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-984635820
MASCULINO

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUINTA-FEIRA, 23 DE ABRIL DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOF

SENHA: 5927549

QP:

Paciente COM HISTORIA D E ACIDENTE D EMOTO COM DOR E DEMA EM TNZ DIREITO .

EVOLUÇÃO:

MEDICO: MARCELO CORREIA CRM: Nº 19647

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos: / 81-984635820
MASCULINO

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020
Prontuário: 00498663
Nº Atendimento: 01420460
Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

Conduta:

1. Analgesia
2. Rx do joelho, perna e tornozelo direitos + cotovelo esquerdo (Resultado das radiografias indisponíveis até as 18h55)

Filipe Mesquita
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PE 21360 / TEOT 15624
FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome:
498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-984635820

Idade: Nascimento:
33a 5m 05/02/1987

Mãe:
JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 23/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420460

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: FILIPE MESQUITA CRM: Nº 21360

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

Dor e edema no joelho direito, tornozelo direito, cotovelo esquerdo + ferimento no joelho direito após acidente motociclístico hoje.

EXAME FÍSICO:

EGB, eupneico, orientado
Ferimento anterior do joelho direito
Sem deformidades
Bloqueio álgico da flexoextensão do joelho direito

DIAGNÓSTICO:

1. Ferimento no joelho direito

Filipe Mesquita
Ortopedia / Cirurgia da Mão
CRM-PE 21360 / TEOT 15624

do e aderem em topografia do mato, lateral em formato direto

JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

13- Condições que justificam a intervenção

Tratamiento cirúrgico

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados):
fratura do malleolo lateral

30- CATEGORIA INICIAL 74 - CBO PROFISSIONAL		31- CBO 10 SOLICITADO		32- CBO 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
FATURA DO VALENO UNIVERSAL - SACS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
36- RESOLUÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 37- CATEGORIA DO PROCEDIMENTO					
35- CLASSE CIRURGIA ORTOPEDIA		33- CAUSAS DA INTERACÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 25/04/2020	
30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/RECEISSIONADO) ESSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº. 17475					
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
☐ 30- ACIDENTE DE TRABALHO ☐ 34- ACIDENTE TRAMANDO TIPO ☐ 35- ACIDENTE TRAMANDO TRAFICO ☐ 40- VINCULO COM A INTERVENÇÃO ☐ DESPREZADO		☐ 31- CBO DA REGIÃO DOA ☐ CBO EMPRESAS ☐ AUTOMOBIL ☐ DISPREZADO ☐ ACIDENTE ☐ MÃO DESPREZADO		☐ 32- Nº DO BILHETE ☐ CAUSE DA ENTREVISTA ☐ CBOA ☐ SÉRIE	
43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		33- CATEGORIA E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE		40- CATEGORIA E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR	
44 - CBO CONSULTA TRANSFER		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
46- Nº DO DOCUMENTO (CONCURSO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERVENÇÃO HOSPITALAR					

CADASTRO
MEMOR

Nome:

498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Sexo:

Contatos:

MASCULINO

/ 81-984635820

Idade:

33a 2m

Nascimento:

05/02/1987

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Mãe:

JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:

RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO

HD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

INTERNAMENTO

ANALGESIA

ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Airton Cesar Filho de Sá
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 22186-2017-0005

CADASTRADO



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 18663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 2m Nascimento: 05/02/1987

Sexo: Masculino Contatos: / 81-984635820

Res: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS Endereço: RUA TAMANIQUE, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: SEXTA-FEIRA, 24 DE ABRIL DE 2020

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA MOF

SENHA: 5928667

QP:

PACIENTE COM HISTÓRICO DE FRATURA DE TORNZELO DIREITO HA 01 DIA
SENDO ENCAMINHADO PARA O MOF

ACIU ONTEM DA UNIDADE,

RETORNA NO DIA DECORRENTE DE DOR

EVOLUÇÃO:

MTO IMOBILIZADO COM TALA BOTA

EXTREMITADES PERFUNDIDAS

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

(Circular stamp with signature and text: Airton Cesar Filho de Souza, Ortopedia/Traumatologia, 24/04/2020)



PAVILHÃO
JOSE RODRIGUES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
ENFERMARIA DE ORTOPEDIA
RESIDÊNCIA EM ORTOPEDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME : JOSE ANDERSON FARIAS

REGISTRO: 10232884

ADMISSÃO: 25042020

MEDICAMENTO		26.04							
1.	DIETA LIVRE								
2.	DIPIRONA 2G + AD EV 6/6 HS								
3.	TRAMAL 100MG + SF0,9% 150ML EV LENTO DE 8/8 HS S/N								
4.	PLASIL 1AMP +AD EV 8/8HS S/N								
5.	OMEPRAZOL 40MG + AD EV PELA MANHÃ								
6.	ATENSINA 0,100MG SE PAD>110 E/OU PAS>160MMHG								
7.	TRANSFERIR PARA ELETIVA								
8.	SSVV + CCGG + CURATIVO								

Dr. Ricardo Bruno Fittipaldi
CRM - 17.854-2

AD



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 25/04/2020 08:38

Prontuário: 1023284

Nº. Atendimento: 3448931

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:

EDSON CARLOS DE SOUZA JUNIOR

Nome:
JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade:
33 Anos 2 Meses 20 Dias

Nasc.
05/02/1987

Sexo:
MASCULINO

CNS:
702609218953945

Contatos:
81. 83386629 | Celular: 81.

Mãe:
JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço:
RUA TAMANIGUA, N.º 215 - : BAIRRO: NOVA DESCOBERTA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

lor em tornozelo direito

História Clínica

Acidente de moto há 48h

Exame Físico

lor e edema em topografia do maléolo lateral
erimento suturado em região posterior do tornozelo, topografia do calcâneo

Observações

x: fratura de maléolo lateral

Conduta

internamento para tratamento cirúrgico

Dr. Edson Souza Jr.
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM 17.475 - TEOT 12.721

ON CARLOS DE SOUZA JUNIOR - CRM: Nº.17475

/Hora: 25/04/2020 - 11:29

26.04.2020

sem infecção
EAB, líquidos, corado
SNV - NDI

CO, Aquado cirúrgico

Dr. Ricardo Bruno Fittipaldi
CRM - 17.864-3

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 25/04/2020 08:38

Nome Paciente: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Cód. Paciente: 1023284
Data de Nascimento: 05/02/1987
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: EA0011
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 3448931
SAME: 1023284

Período: 25/04/2020 08:50 - 25/04/2020 08:52

MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

ENC AO ORTOPEDISTA COM TRAUMA EM MID, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 DIAS. IMOBILIZADO
NEGA HAS E DM.
JOELHO DIREITO COM SUTURA
REFERE TEMPERATURA ONTEM.

Observação:

TEMP=36.4

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 5

CADASTRADO
SANEADO

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/04/2020 08:52



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Data Nasc.: 05/02/1987 Idade: 33 Sexo: MASCULINO
CPF: RG: Cor: PARDA
Endereço: RUA TAMANIGUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA Cidade: RECIFE
CEP: 52081420 Fone: 558183386629
Acompanhante:
Nome da Mãe: JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3448931

Prontuário: 1023284

Nome Social:

CNS: 702609218953945

Nº: 215
Estado: PE

Celular:
Profissão:

Notícia
USSAT
Kusio
02-05-20

2 - ATENDIMENTO

Data: 25/04/2020 08:36

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

(P8)

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta: _____

Horário

Data

25/04/2020

Enfermagem:

Paciente admitido no corredor sul, segue evoluindo em EGR, sem queixas no momento. Aguardando procedimento cirúrgico nos cuidados da ortopedia. Tallyana COREN- 378936.

CASTRADO
SANTO

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 2020-04-24 21:04:28

	Nome Paciente:	JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
	Cód. Paciente:	498663
	Data de Nascimento:	05/02/1987.
	Sexo:	Masculino
	Idade:	33
	Senha:	OR0017
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1420588 
SAME:		

Período: 2020-04-24 21:04:28 - 2020-04-24 21:50:40

Prioridade:

URGENCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE DOR EM MMII APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação:

HAS NEGA
DM NEGA
ALERGIA NEGA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- CAPNOGRAFIA: 100,00 %
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 145.00 MM/HG
- P.A.DISTOLICA: 82.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 37.70 C°

Acolhido(a) por: MELLINA AUREA FREIRE PEREIRA - COREN: 590020 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 2020-07-29 07:51:40



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m Nascimento: 05/02/1987

Sexo: Contatos: MASCULINO - / 81-984635820

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Data do Atendimento: 24/04/2020

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO

HD FRATURA DE TORNOZELO, em: 24/04/20 21:58

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

INTERNAMENTO

ANALGESIA

ENCAMINHAMENTO VIA CENTRAL DE LEITOS, em: 24/04/20 21:58

UPA CAXANGÁ
AIRTON CESAR FILHO

MÉDICO: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ


Hospital Infantil
Maria Lucinda
Fundação Manoel da Silva Almeida

Nome: 498663-JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

Idade: 33a 5m
Nascimento: 05/02/1987

Data do Atendimento: 24/04/2020

Sexo: Contatos: / 81-984635820
MASCULINO

Prontuário: 00498663

Nº Atendimento: 01420588

Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS

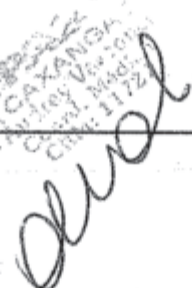
Endereço: RUA TAMANIQUA, 215 - NOVA
DESCOBERTA - RECIFE/ PE - CEP:
52090020

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

Conduta:

INTERNAMENTO
ANALGESIA
ENCAMINHO VIA CENTRAL DE LEITOS


UPA CAXANGÁ
Rua Manoel da Silva Almeida
Cidade: 1112

AIRTON CESAR FILHO CRM: Nº 22186

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:07

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsavel:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saida: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereco: RUA TAMANIQUE
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2811606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 05/05/2020 - 10:01

AVALIAÇÃO (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF
DATA DA ADMISSÃO: 26/04/2020
DATA DA ALTA: 30/04/2020

HD: FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientada, eupneica, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações

Hospital Memorial Armino Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Celso Campelo, 88 - Fátima - Recife - PE

Materials Prosmed

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE

PARAFUSO CORTICAL - 06 UNIDADES

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

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: / 988354910
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Presc Em: 29/04/2020 - 11:23

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Equipe:

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: SILVIO JOHNSON

Anestesiista: ELIVELTON

Instrumentador: IZABELA

Diagnóstico Pré-Operatório

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

Cirurgia Realizada

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TORNOZELO

2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO

CIRURGIA MUULTIPLA

Diagnóstico Pós-Operatório

O mesmo

Acidentes

Não houve

Descrição

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIR

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MID

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA MALEOLO LATERAL, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, FIXAÇÃO MEDIANTE 01 (UM)

PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6

FUROS, _2+2_ PARAFUSOS CORTICAIS E VERIFICAÇÃO DE LESÃO LIGAMENTO TIBIOFIBULAR

ANTERIOR (TESTE DE COTTON POSITIVO)+TOILETE, RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR, REDUÇÃO DA PINÇA

MALEOLAR E COLOCAÇÃO DE PARAFUSO SUPRASINDESMAL TRICORTICAL

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON

USADA FLUOROSCOPIA

CURATIVO OCLUSIVO

SOLTA DO CARROTE TALÁ POTA

Hospital Memorial Armino Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3635-2013

R. Cleto Campelo, S/N-Moreno-PE

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 08/08/2020 10:09

Atendimento: 342720 Entrada: 26/04/2020 Hora: 14:31
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: FERNANDA MADRUGA

Saída: 29/04/2020 Hora: 21:18
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702609218953945

Paciente: 1629301 JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
Nascimento: 05/02/1987 (33 Anos e 6 Meses)
Endereço: RUA TAMANIQUA
Bairro: NOVA DESCOBERTA C.E.P.: 52090-020
Cidade: 2611606 RECIFE
Pai: JOSE AURELIO DA SILVA
Mãe: JOSINEIDE FRANCISCA DE FREITAS
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 08230559490
Identidade: 5370400097 - SDS - PE
Telefone: 7 988354910
G.Instrução:
Ocupação: AUTONOMO
Naturalidade: RECIFE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 26/04/2020 - 15:07

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

FICHA DE ADMISSÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S):	FRATURA DO TORNOZELO DIREITO
DOENÇAS DE BASE:	NEGA
MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:	
ORIGEM:	HOF
DATA TRAUMA:	23/04/2020
TIPO DE TRAUMA:	REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO
CONDIÇÕES DE PELE:	EDEMA (++) + ESCORIAÇÕES + FERIMENTO SUTURADO EM JOELHO E REGIÃO DE CALCANEIO DIREITOS
*ALERGIAS:	NEGA
ENCAMINHAMENTO:	DR. EDSON
TIPO DE ENCAMINHAMENTO:	(X) SES () DEMANDA
<u>EXAMES COM O PACIENTE:</u>	
() LABORATÓRIO () RNM / TAC (X) RADIOGRAFIAS	
<u>CONDUTA NO INTERNAMENTO</u>	
RX: () COXA () JOELHO () PERNA (X) TORNOZELO () ANTEBRAÇO () COTOVELO () PUNHO	
TALA: () COXOPODÁLICA (X) BOTA () AXILOPALMAR	
(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO; () PARECER CARDIOLÓGICO () PROFILAXIA TVP/TEP	

Hospital Memorial Armindo Moura

SAME

Serviço de Arquivo Médico e Estatística

Fone: (81) 3535-2013

Av. Cláudio Campelo, S/N - Moreno-PE



Armando Moura
HOSPITAL GERAL

ORIENTAÇÃO DE ALTA

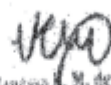
Alimentos que fazem BEM

- Peixe
- Frango (sem pele)
- Carne vermelha (sem gordura)
- Ovo
- Leite
- Frutas (acerola, laranja, abacaxi, maracujá, limão, goiaba)
- Legumes e verduras (alface, brócolis, couve, espinafre, tomate, cenoura, beterraba, berinjela).

Alimentos que fazem MAL (EVITAR durante 30 dias)

- Camarão
- Carne de porco
- Soja
- Pimenta
- Alimentos industrializados (salgadinhos, sorvete, biscoitos, refrigerantes, molhos prontos)
- Alimentos embutidos (linguiça, mortadela, paio, salame, salsicha, bacon)
- Bebida Alcoólica.

NÃO


Vanessa M. de Paula
Nutricionista
CRN6-Região - 13422



Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA (1629301)

Admissão: 342720

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: <<S826>>FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 26/04/2020, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/04/2020.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO+RECONST.LIGAMENTAR

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 13/5/20 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

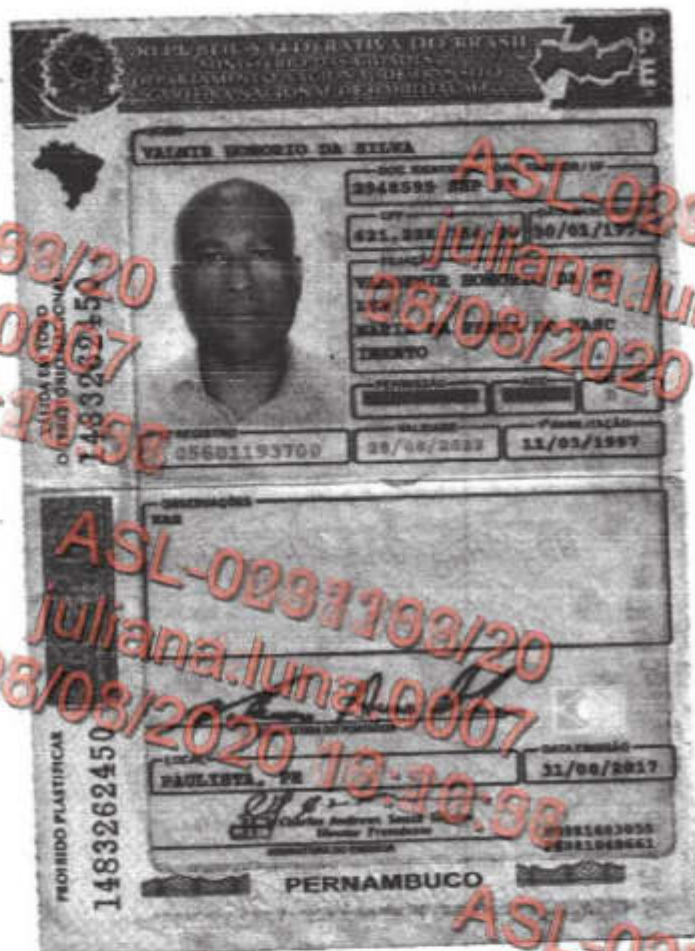
ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/04/2020 as 11:30

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

ASL-0237193/20
juliana.luna.0007
08/08/2020 18:10:58

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTERA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		
NOME: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA		
COB. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 5370400097 MT PE		
CPF: 082.305.594-90		DATA NASCIMENTO: 05/02/1987
FILIAÇÃO: JOSE AURELIO DA SILVA JOSENEIDE FRANCISCA DE FREITAS		
PERMISSÃO: 		CAT. HAB: B2
Nº REGISTRO: 05547038057		1ª HABILITAÇÃO: 24/07/2012
OBSERVAÇÕES: NENHUMA		
ASSINATURA DO DETENTADOR: <i>Jose Anderson Farias da Silva</i>		
LOCAL: RECIFE, PE		DATA EMISSÃO: 12/12/2019
Assinatura do Emissor: <i>Roberto Carlos Moreira Pontes</i> Roberto Carlos Moreira Pontes Diretor Presidente		54691741579 PE094868905
ASSINATURA DO EMISSOR: 		
PERNAMBUCO		

THE

DATA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200310279 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA **Data do acidente:** 23/04/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO.
TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/TORNOZELO - CONSERVADOR/JOELHO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P3/4/14/18/20_CIRURGIA 22/

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243715/20

Vítima: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

CPF: 082.305.594-90

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

VALMIR HONORIO DA SILVA : 621.228.354-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA : 082.305.594-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA
CPF: 621.228.354-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

VALMIR HONORIO DA SILVA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA.
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: AMASIADO
Profissão: —
Identidade: 537040097 MT-PE CPF: 082.305.594-90.
Endereço: R-TAMANHA, 215, ES-B; N.DESCOBERTA - RECIFE - PE.

OUTORGADO:

Nome: VALMIR HONORIO DA SILVA.
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: CASADO.
Profissão: —
Identidade: 2948.595-505-PE CPF: 621.228.354-00.
Endereço: R-UBIRAJARA, 16, C. TABAJARA - OLINDA - PE.

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

RECIFE 18 de Agosto 2020.
LOCAL E DATA:

* JOSE ANDERSON FARIAS DA SILVA
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)