



**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:: FERNANDO ALMEIDA FERREIRA, ID Nº267252 SSP/RR , CPF Nº 004.041.94281, brasileiro, solteiro, desempregado, residente na Rua Horácio Mardel de Magalhães nº 572, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-265, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99135-8279/ 99126-8848 confiança@hotmail.com.Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.**

**Poderes específicos:** para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “ad judicium”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 24 de junho de 2019.

  
FERNANDO ALMEIDA FERREIRA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **267252** DATA DE EXPEDIÇÃO **12/09/2018**

NOME **FERNANDO ALMEIDA FERREIRA** DATA DE NASCIMENTO **14/11/1990**

FILIAÇÃO **JOSÉ ALVES FERREIRA**  
**MARIA NILVA ALMEIDA DOS SANTOS**

NATURALIDADE **BOA VISTA - RR**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 64011 FLS 176 LIV A-90**

CPF **004.041.942-81**

**2ª VIA**

**AMADEU ROCHA TRIANI**  
 Prefeito Municipal  
 Diretor do DOC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ

Polegar Direito

*Fernando A. Ferreira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão João Bazeira, 484 - Boa Vista - RR



### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

#### VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3124754

**MARIA NILVA ALMEIDA DOS SANTOS**

R. HORACIO M MAGALHAES, 572 ,

ASA BRANCA

69312265 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO <b>238210</b>	MÊS <b>06/2019</b>	PERÍODO DE CONSUMO <b>27-MAY-19 a 24-JUN-19</b>
CONSUMO (kWh) <b>145</b>	VENCIMENTO <b>11-JUL-19</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 143,72</b>

#### OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



### RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO <b>238210</b>	MÊS <b>06/2019</b>	TOTAL A PAGAR <b>R\$ 143,72</b>
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836200000013.437200750002.000000000232.821006190051





**EDSON SANTIAGO**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

## **DECLARAÇÃO DE POBREZA**

Eu, **FERNANDO ALMEIDA FERREIRA**, ID Nº267252 SSP/RR , CPF Nº 004.041.94281, brasileiro, solteiro, desempregado, residente na Rua Horácio Mardel de Magalhães nº 572, Bairro: Asa Branca, CEP: 69.312-265, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99135-8279/ 99126-8848 confiança@hotmail.com.**DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 24 de junho de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
**FERNANDO ALMEIDA FERREIRA**





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017081/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/06/2018 08:43 Data/Hora Fim: 15/06/2018 09:14  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808725 Data: 22/04/2018  
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial  
Data/Hora do Fato: 22/04/2018 11:17 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: Pintolândia  
Logradouro: Rua Solon Rodrigues Pessoa com Margarida Caland de Paiva

Ponto de Referência: Correios / Lojas Perin  
Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: FERNANDO ALMEIDA FERREIRA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 14/11/1990  
Profissão: Garçon Escolaridade: Ensino Médio Completo  
Estado Civil: Solteiro(a) Orientação Sexual: Heterossexual  
Raça/Cor: Parda  
Nome da Mãe: Maria Nilva Almeida dos Santos Nome do Pai: José Alves Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 004.041.942-81

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Rua Horácio Mardel de Magalhães aimundo nonato Nº: 572  
Complemento: Casa  
Bairro: Asa Branca  
Telefone: (95) 99135-8279 (Celular)

DAT  
Confere com original  
Data: 15/06/2018  
*Givanildo da Silva Vieira*  
Assinatura  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerário de Polícia Civil  
Mat. 042000908

Nome: RAFAELA CAVALCANTE CRUZ (ENVOLVIDO (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Boa Vista Sexo: Feminino Idade 30  
Profissão: Autônomo  
Estado Civil: Sem Informação  
Raça/Cor: Sem Informação  
Nome da Mãe: Não Informado

Endereço

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: avenida abel monteiro reis Nº: 2067  
Bairro: Santa Luzia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017081/2018-A01

SENTIDO CENTRO>BAIRRO CONDUZIDO PELA RELACIONADA NO ITEM 01 DESTA ROP, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA MARGARIDA CALAND DE PAIVA, ENVOLVEU-SE EM COLISÃO COM A MOTOCICLETA HONDA/125FAN DE COR PRETA E PLACA NAS-6418 QUE TRAFEGAVA NA REFERIDA RUA SENTIDO RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ CONDUZIDA PELO ITEM 02. INFORMO AINDA QUE O RESGATE DO CBM ESTEVE NO LOCAL E REMOEU O ITEM 02 AO PSE. A PERICIA NÃO FOI ACIONADA DEVIDO O LOCAL TER SIDO VIOLADO. INFORMO TAMBEM QUE EXISTE SINALIZAÇÃO (PLACA DE PARE) NA RUA MARGARIDA CALAND DE PAIVA EXATAMENTE NO CRUZAMENTO COM A RUA SOLON RODRIGUES PESSOA. O VEICULO 01 FICOU SOB OS CUIDADOS DO ITEM 01 E O VEICULO 02 FOI ENTREGUE AO SENHOR JOSÉ ALVES FERREIRA DE CPF Nº 17670764368. DIANTE DO OCORRIDO, FOI CONFECCIONADO ESTE RELATÓRIO PARA CONHECIMENTO. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

VEICULOS ENVOLVIDOS

- V-01> VW/GOL DE COR PRATA E PLACA NAP-5426
- V-02> HONDA/125FAN DE COR PRETA E PLACA NAS-6418

TEXTO EXATO CONFORME ROP PM NÚMERO 808725

ASSINATURAS

Aditado

Aditado

Aditado

Leonardo Sidou Piedade  
Responsável pelo Atendimento

Fernando Almeida Ferreira  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado

Aditado



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes  
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo  
Data de Impressão: 15/06/2018 08:39  
Protocolo nº: Não disponível

1661



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA



REGISTRO N°: 0023744  
OCORRÊNCIA:  TRAUMA  CLÍNICA  
CÓDIGO: T-05  
REG. DE REFERÊNCIA:

DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
22/04/16	R-0215	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste		11 h 45 min	11 h 50 min	11 h 58 min	12 h 27 min

1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

ENDEREÇO: R. Solon R. Pires Nº - BAIRRO: Pintalândia  
CIDADE: BVB PONTO DE REFERÊNCIA: Poim  
LOCAL DA OCORRÊNCIA  RESIDÊNCIA  TRABALHO  VIA PÚBLICA  OUTRO:

2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA

NOME: Fernando Almeida Ferreira R.G.: -  
D.N.: 14/11/90 IDADE: 27 SEXO:  Masculino  Feminino NECESSIDADES ESPECIAIS:  SIM  NÃO  
ENDEREÇO: R. Rainaldo Renato N 511 BAIRRO: Alvorada  
CIDADE: BVB Telefone: 99135 8279

3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.  
 O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.

Assinatura do paciente/vítima: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_  
Testemunha: \_\_\_\_\_ RG N°: \_\_\_\_\_ SSP/\_\_\_\_\_

4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado <input type="checkbox"/> 4. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2. Sons incomp./ Gemidos <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais <input type="checkbox"/> 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. Reage a dor <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	15 Pontos

5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	Total
<input type="checkbox"/> 4. Espontânea <input type="checkbox"/> 3. À voz <input type="checkbox"/> 2. À dor <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanha <input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado <input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente <input type="checkbox"/> 2. Agitação <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros <input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso <input type="checkbox"/> 4. sente dor, mas não retira <input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) <input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) <input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	0 Pontos

6. SINAIS VITAIS

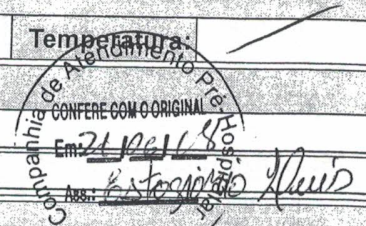
PA: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ SpO2: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA

ALERGIA:  NÃO  SIM - QUAL (is): \_\_\_\_\_  
USO DE MEDICAMENTOS:  NÃO  SIM - QUAIS: \_\_\_\_\_

8. CASOS CLÍNICOS

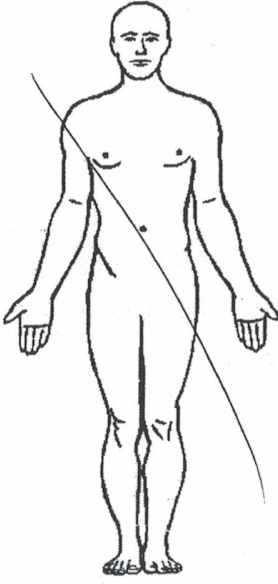
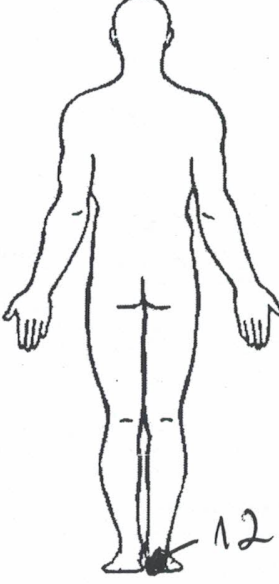
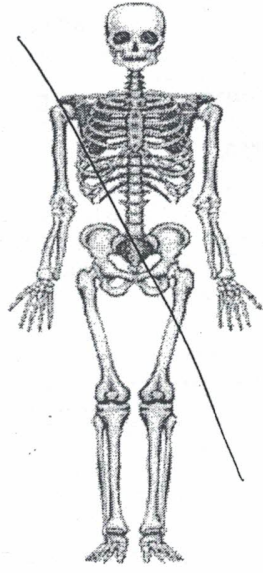
<input checked="" type="checkbox"/> Emerg. Cardíaca	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Trabalho de parto	<input checked="" type="checkbox"/> Choque anafilático	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Crise hipertensiva	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Suspeita de aborto	<input type="checkbox"/> Crise convulsiva	<input type="checkbox"/> Remoção inter-hospitalar
<input type="checkbox"/> Emerg. respiratória	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Complicações	<input type="checkbox"/> Desmaio/síncope	<input type="checkbox"/> Remoção casa-hospitalar
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Emerg. Obst. - Outros	<input type="checkbox"/> Doenças infectocontagiosas	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Insuficiência Renal Aguda	<input type="checkbox"/> Emerg. Psiquiátrica	



**9. ORIGEM DO TRAUMA**


<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Suicídio/tentativa	<input type="checkbox"/> Queimadura - Química	<input type="checkbox"/> Vit. de envenenamento
<input type="checkbox"/> Acidente aéreo	<input type="checkbox"/> Ferimento arma branca	<input type="checkbox"/> Queimadura - Térmica	<input type="checkbox"/> Vit. de intoxicação
<input type="checkbox"/> Queda - plano elevado	<input type="checkbox"/> Ferimento arma de fogo	<input type="checkbox"/> Acid. com eletricidade	<input type="checkbox"/> Ataque animal
<input type="checkbox"/> Queda - própria altura	<input type="checkbox"/> Ferimento penetrante/perf.	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Acid. animais peçonhentos
<input type="checkbox"/> Agressão física	<input type="checkbox"/> Ferimento Avulsão/amput.	<input type="checkbox"/> OVACE	<input type="checkbox"/> Emerg. produtos perigosos
<input type="checkbox"/> Agressão sexual	<input type="checkbox"/> Ferimento Esmagamento	<input type="checkbox"/> Vit. de soterramento	<input type="checkbox"/> Outros: _____

**10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS**

legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras



**11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

A vítima apresentava sinais de embriaguez, estava instável e apresentava apenas hematomas no local do acidente, por isso foi encaminhado ao I.S. para avaliação.

**12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL**

<input type="checkbox"/> Carteira de identidade	<input type="checkbox"/> Cartão magnético ___ Und	<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> CNH	<input type="checkbox"/> Cheque ___ Fls	<input type="checkbox"/> Calçado	_____
<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____	<input type="checkbox"/> Óculos	_____
<input type="checkbox"/> Título de eleitor	<input type="checkbox"/> Jóias	<input type="checkbox"/> Relógio	_____

Aos cuidados de: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**13. UNIDADE DE SAÚDE**

<input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elesbão	<input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antonio	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha	<input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	
<input checked="" type="checkbox"/> Policlínica Cosme e Silva	<input type="checkbox"/> Hosp. Unimed	

**14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**

Crítico       Instável       Estável

**15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Chefe de equipe: <u>Sgt Bobri</u>	Socorrista (s): <u>Cad Alves / Sd Rosário</u>	Condutor da VTR: <u>Sd Fernando</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Sgt Bobri</u>
-----------------------------------	---	-------------------------------------	--

**16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE**

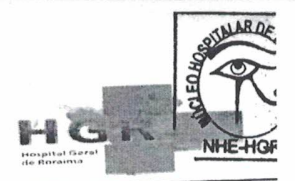
Assinatura: _____	Carimbo: <u>Dra. Sílvia Vasconcelos</u>
Documento de identidade: _____	MÉDICA
Registro do Conselho (CRM, COREN): _____	CRM-RR 1530



22/04/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE**  
**AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO**



1800940044	22/04/2018 16:31:33	<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	17
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
<b>FERNANDO ALMEIDA FERREIRA</b>	<b>14/11/1990</b>	<b>27 A 5 M 8 D</b>			
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
<b>IDENTIDADE</b>	<b>267252</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>M</b>	<b>PARDA</b>
Mãe	Pai		Naturalidade	Contato	Nacionalidade
<b>MARIA NILVA ALMEIDA</b>					<b>BRASIL</b>
Endereço	Ocupação				
<b>- RUA HORACIO MARDEL DE MAGALHAES - 572 - - -</b>	<b>NÃO INFORMADA</b>				
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	<b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
<b>ACIDENTE DE MOTO</b>	<b>URGÊNCIA</b>				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
<b>GRANDE TRAUMA</b>	<b>DEMANDA ESPONTANEA</b>		<b>JOSIEL.ROSAS</b>		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA) <u>16:35</u> - <b>SENTE SEGURADORA S/A</b> Refeido trauma em tombozo @ após queda de moto					
Exame Físico					
Hipótese Diagnóstica	Trauma MTD				
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> BAIO -X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> OUTROS				
PRESCRIÇÃO	Tilatil 40mg @ Dipirona 500 @				
Conduta	<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica <input type="checkbox"/> Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Alta a Revelia <input type="checkbox"/> Transferência para: <u>ortopedia</u>				
óbito	Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                    Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica				
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico: <b>Dra. Daniella Cogo</b> Médico Clínica Geral CRM nº 1828/R				

COTA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 SET 2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
 Novo Plano - Tel: (95) 2121-0620  
**AUTENTICAÇÃO**  
**15 JUN 2018**  
 Certificado Digital Autêntico  
 Cópia e Reprodução Original  
 que for Presentada neste Hospital

Impresso por: Josiel.rosas  
 Data Hora: 22/04/2018 16:32:39



© 2018  
 SUTE - Saúde em Tecnologia  
 SIA - Sistemas em Saúde  
 Tel. 4252-1157/43



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO ALMEIDA FERREIRA**  
Nº Sinistro: **3180451771**  
Vítima: **FERNANDO ALMEIDA FERREIRA**  
Data do Acidente: **22/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **TELVIA SANTIAGO GUEDES**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180451771**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00797/00798 - carta\_04 - INVALIDEZ



00660399

Carta nº 13457425