

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

18-2

ALFABETIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

JOSE DE LIMA ANDRADE

07/07/76

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSE DE LIMA ANDRADE

Nº de inscrição
039768844-05

Data de Nascimento
07/07/76

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
JOSE DE LIMA ANDRADE

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 24/08/99

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO
21/08/2011

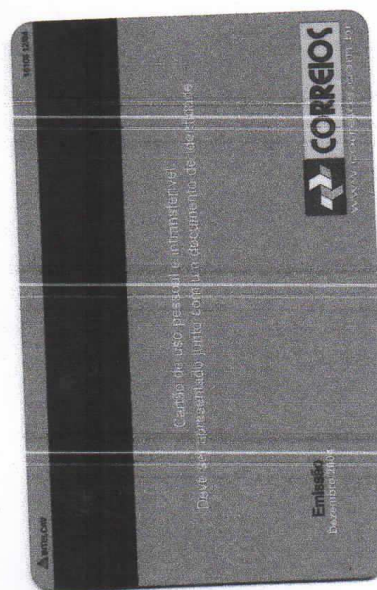
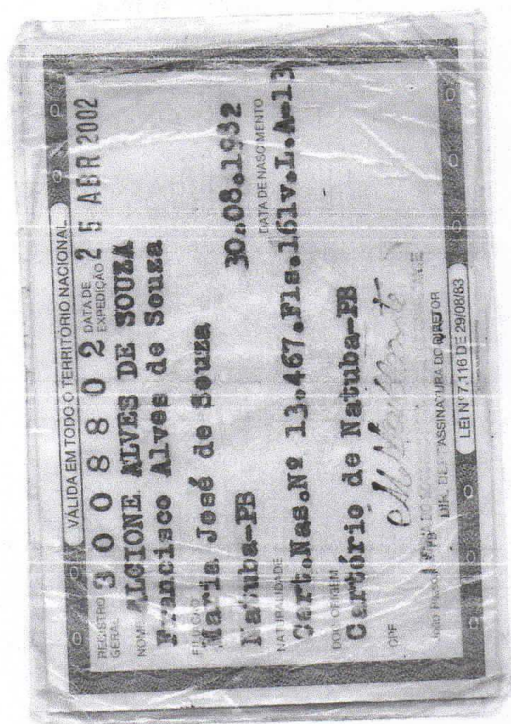
Nome
JOSE DE LIMA ANDRADE

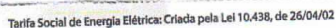
Manoel Sebastião de Andrade
Maria Noberto de Lima

Natuba-PB.

Cert. Nascimento
L-VA-17,174,4785844-05

07/07/76





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RO BR 408 75

CPF 071 477 564-95 NIS 16131345989

BARRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	SEI	EMIÇÃO
081021725	UNICA	08/05/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/05/2019	2011908152	3865920

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7011953942	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LETURA
15/05/2019	06/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	63,03

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL.

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30,00000000	0,19110640	5,73
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,02
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,68
Parcela 4/10 Plano 403001834214			52,78
Multa por atraso-NF 053428120 - 23/01/19			1,05
Multa por atraso-NF 053428120 - 11/03/19			0,98
Juros por atraso-NF 053426120 - 23/01/19			0,54
Atualização IGPM-NF 053428120 - 23/01/19			0,84

TOTAL DA FATURA

63.03

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				
W67163	CAT	08/04/2019	23.115,00	08/05/2019	23.115,00	30	1,00000		0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Value
MAY 18	30
APR 18	34
MAR 18	72
FEB 18	30
JAN 18	81
DEC 18	93
NOV 18	80
OCT 18	124
SEP 18	0
AGO 18	84
JUL 18	0
JUN 18	69
MAY 18	94

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
5,75	1,16	0,06
5,76	5,37	0,30

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 96, Resolução ANEEL 414/2010

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh

0.17862716

RESERVADO AO FISCO

8957 4ED8 33FB 291A 0F54 D3DE 568B 0F01

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

EMATE 132445, DÉBITOS EXISTENTES (A) - SARAÍ-CORTE					
Vencido	Debitado	Valor	Vencido	Debitado	Valor
15/04/19	08/05/19	\$2.13	29/02/19	11/03/19	17.9

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão Judicial. Caso a suspensão do fornecimento prevista por dois ciclos de inadimplência, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios estabelecidos no Art. 59 RBR 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, a bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

As condições para se
torcerem: Restrição ANEL
4140810, tarefa, produto
serviço prestado e tentos os
então se a disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento, no site
www.mma.gov.br

WIKIŁAWI E. PRZEDSIĘWZIĘCIA DLA INTERPRETOW

	TAB. GOBANTO	VALOR MENSUAL	LIMITE MENSUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TEM NOMI
		1,30	11,50	21,10	48,30	
DNC		1,00	7,57	15,34	30,69	
PGC		1,30	6,39	0,00	0,00	
DMC						

Fonte: dados do autor. Elaborado pelo autor com base no Relatório de Gestão do Sistema de Distribuição - RSD 2015.

NÍVEL DE TENDÊNCIA

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	200	230

AUTORIZADO POR REGIME ESPECIAL.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
	05/2019	13/05/2019	63,03

838600000000-0 63030011007-3 01195394210-0 13933855993-2





Eduardo Henrique
Advocacia & Consultoria.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose de Lima Andrade, brasileiro, solteiro
baixacosteiro, inscrito no CPF de nº 039.768.1
894-05, residente na cidade Angelim
5/N, Zona Rural de Timbaúba-PE CEP 55870-000.

OUTORGADOS: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE nº 40.509, com endereço profissional na Rua Walfrêdo Ferreira Lima, Nº10, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000, local onde receberá intimações e notificações de estilo.

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer, propor quaisquer ações e defender-me nas que me forem propostas, cíveis, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos inclusive de alvarás judiciais, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, firmar compromissos, perante este juízo, e em qualquer instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante e defendendo-a, na condição de reclamada, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso que este instrumento consta.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA.

Jose de Lima Andrade, já qualificado (a) acima, desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos do artigo 98 do CPC-05, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Timbaúba, 22 de fevereiro de 2020

Rua Walfrêdo Ferreira Lima, nº10, Centro, Timbaúba-PE

Email: eduardohgfl@hotmail.com

Tel: (81) 9-9716-7948 (81) 9-9163-6662.





FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 14/05/2019

HORA: 10.25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 74

Nome: JOSÉ DE LIMA ANDRADE

Cartão SUS: M Sexo: M Data Nasc: 07/07/76 Idade: 42

Nome da mãe: M. ROBERTO DE LIMA

Logradouro: SÍTIO ANGELIM Nº

Complemento: CASA Bairro/Localidade: ZONA RURAL

Município: TIMBAÚBA UF: PE Telefone: ()

Rubrica do Colaborador: Edil

2- ANAMNESE:

Doença crônica de longa data
na 1ª. com sintomas de dor no
peito e dispnéia.

3- SSVV: T FC PA: FR: Glasgow: SatO2 HGT

56, 120, 120, 12, 15, 100, 100

Ano 150 mm

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

D. Permeado ao toque na 1ª.

Hipótese Diagnóstica:

CID:

Conduta: (X) Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora / / às : h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1. Voltar a tomar 750mg de aspirina
2. Dose 500mg de paracetamol
3. Aspirina + suco de mel
4. TCC sob anestesia se necessário
5. Curativo

Auto 12:42
Manoel C. S. Rosendo
COREN-PE 460.417 EMF

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO () VERMELHO ()

NOME: Joní de Lima Andrade IDADE: 42pDATA: 14/05/19 HORA: 10:30h MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 120/90 T: 36.5 FC: 70 SAT: 98 PESO: 70 HGT: 1.70HAS ☒ DM ☒ ALERGIA MED ☒

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Irresponsivo ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10% ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Epistax ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

Companheiro
assistido 28.5.19
JH



III- Sem riscos de morte- somente será atendido após todos os pacientes classificados como **VERMELHOS e AMARELO- CLASSIFICAÇÃO VERDE**

- 1- Dor de ouvido moderada/ grave () Dor abdominal ()
- 2- Febre sem outros sinais clínicos ()
- 3- Vômitos e diarreia sem sinais de desidratação ()
- 4- Retorno com período < 24 horas por ausência de melhoras ()
- 5- Internamento eletivo ()
- 6- Abscesso exceto face/ retroauricular ()

Por referir queda de peso, apresentando este no exame (E).

IV- Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para o atendimento para o atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social- **CLASSIFICAÇÃO AZUL**

- 1- Tosse crônica ou recorrente ()
- 2- Obstrução nasal crônica ou recorrente ()
- 3- Coriza crônica ou recorrente ()
- 4- Queimadura de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 6 horas ()
- 5- Troca de curativos ou retirada de pontos ()
- 6- Constipação intestinal sem outros sintomas ()
- 7- Dor abdominal crônica ()
- 8- Afecções de pele e tecido subcutâneo sem sinais sistêmicos ()

ENCAMINHADO:

por clauwa

Manoela S. Rosendo
COREPOE 400-417 ENF

ASSINATURA E CARIMBO ENFERMEIRO

ORIENTOU:

ASSINATURA DA ASSISTENTE SOCIAL

BR 408 - Km 29, S/N - Loteamento Araruna - Timbubá - PE CEP: 55870-000 CNPJ: 10.583920/00005-67 TEL: 81 3631 0443

Compare com o
Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbubá
Coordenação Financeira

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: 61/01/10Paciente: Tomé, AnaIdade: 47 anosSenha: 5683641Anamnese: doença crônica de w.t.com cort. + 100 mg + 100 mgExame Físico: sem alteraçõesENL

Hipótese Diagnosticada

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

10/10/10

Equipe de Transferência:

Médico: [assinatura] Data: 1/1/10Br 408 Km 29- Loteamento Aracá
Cep: 53870-000 Timbaúba-PE Tel: 3531-0443

Téc. Waverton


cond. [assinatura] Severino


Comprovado com original
28.5.19

Flávia M. A. Lima
UPA 24h Timbaúba/HTRI
Coordenação Financeira


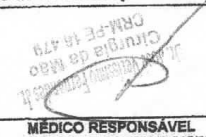




 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas	ATESTADO MÉDICO ATESTO que o (a) Sr.(a) <u>Dr. de</u> <u>Dr. Anderson</u> necessita de <u>15</u> dias de <u>quize</u> afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença. CID: <u>S01.0</u> <u>HGV</u> HOSPITAL OU AMBULATÓRIO <u>Recife, 24 de maio de 2019</u> LOCALIDADE E DATA <u>Dr. Fernando Madruga</u> MÉDICA CRM-PE 27987 <u>[Assinatura]</u> Assinatura do Médico -- CRM nº NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.	<small>Avenida General San Martin s/n - Cordero Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone OXX 81 31845600 HGV/1017 V 1.2013</small>
--	---	---

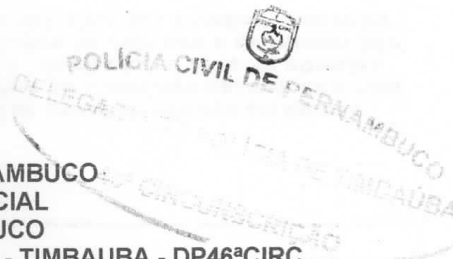
 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas	ATESTADO MÉDICO ATESTO que o (a) Sr.(a) <u>Dr. de</u> <u>Dr. Anderson</u> necessita de <u>15</u> dias de <u>quize</u> afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença. CID: <u>S01.0</u> <u>HGV</u> HOSPITAL OU AMBULATÓRIO <u>Recife, 17/05/19</u> LOCALIDADE E DATA <u>[Assinatura]</u> Assinatura do Médico -- CRM nº NOTA: Este atestado é válido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.	<small>Avenida General San Martin s/n - Cordero Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone OXX 81 31845600 HGV/1017 V 1.2013</small>
--	--	---

SR 38

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: <u>Jose de Jesus Sobral</u>		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: <u>Transição</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1119465</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: <input type="checkbox"/> F. <input checked="" type="checkbox"/> M.
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Lesão de 1º grau de extensão de pele</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>Pericoma</u>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>14/05/19</u>		DATA DA ALTA: <u>17/05/19</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	DIAS DE INTERNAÇÃO: _____
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/> USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS <u>Na + tratamento com cur 1, 25</u> <u>trans</u>			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>o mesmo como</u>			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA		ÓBTO: <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> BO: _____	
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____			
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO): <u>Ret. au cur de pele e 17 dias</u>			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
<u>17, 05, 19</u> DATA		 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM	
Avenida General San Martín s/n - Cordeiro Recife/PE - CEP 50.630-060 Fone: 0800.81.31845800			

HGV.1010.V.1.2013.

 Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
 Recife/PE - CEP 50.630-060
 Fone: 0800.81.31845800

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA - DP46ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0136001399**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/08/2019** às **16:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **14/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BR 408, PROXIMO A ARENA DE TIMBAUBA - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO /BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A PROPRIA VITIMA (AUTOR \ AGENTE)
ALCIONE ALVES DE SOUZA (OUTRO)
JOSE DE LIMA ANDRADE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE DE LIMA ANDRADE

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

JOSE DE LIMA ANDRADE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA NOBERTO DE LIMA Pai: MANOEL SEBASTIAO DE ANDRADE Data de Nascimento: 7/7/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residencial: **SITIO ANGELIM , S/N ZONA RURAL - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE TIMBAUBA, 1 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

A PROPRIA VITIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALCIONE ALVES DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALCIONE ALVES DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE DE LIMA ANDRADE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKL4265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC15209R106001**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

08/08/2019 16:30



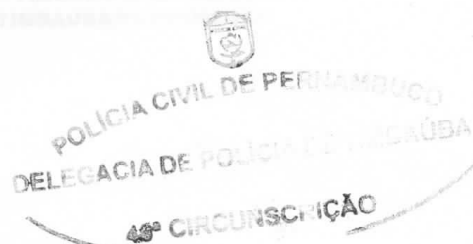
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NA BR 408 PROXIMO A ARENA TIMBAUBA , QUANDO VINHA UM VEICULO FIAT EM SENTIDO CONTRARIO E AO ENTRAR DE UMA VEZ A ESQUERDA SEM DA SINAL A VITIMA ACABOU COLIDINDO LATERALMENTE NO VEICULO , ONDE VEIO A CAIR NA RODOVIA , POREM O CONDUTOR DO VEICULO O SOCORREU , E AO CHEGAR NA UPA DE TIMBAUBA ESTAVA COM UMA LESAO NO JOELHO E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS EM RECIFE . NADA MAIS A DECLARAR .

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


JOSE DE LIMA ANDRADE
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ERIVELTON RODRIGUES DA SILVA** - Matrícula: **350827-7**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636002

Vítima: JOSE DE LIMA ANDRADE

Data do Acidente: 14/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DE LIMA ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 14/05/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ JUNIOR, CRM nº 16479 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta_31 - INVALIDEZ

00050968



Carta nº 15137243

