



**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

<b>OUTORGANTE</b>	<i>Valdeci Seixaria Filho</i>		
Nacionalidade	<i>brasileiro</i>	Natural	<i>Açopiana - CE</i>
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	RG nº	<i>14 SG. 778</i>
Profissão	<i>agricultor</i>	CPF nº	<i>155.651.748-30</i>
Endereço	<i>Bairro do Ingá</i>		
Bairro	<i>Zona Rural</i>	CEP	<i>63560000</i>
Município/UF	<i>Açopiana</i>	FONE	<i>(88) 981227681</i>

**OUTORGADO:** ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054 e JEFERSON CAVALCANTE DE LUCENA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 18.340, todos com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

**PODERES:**

Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

*Açopiana - CE 15.08.2020*

*\*Valdeci Seixaria Filho*  
OUTORGANTE



**DECLARAÇÃO**

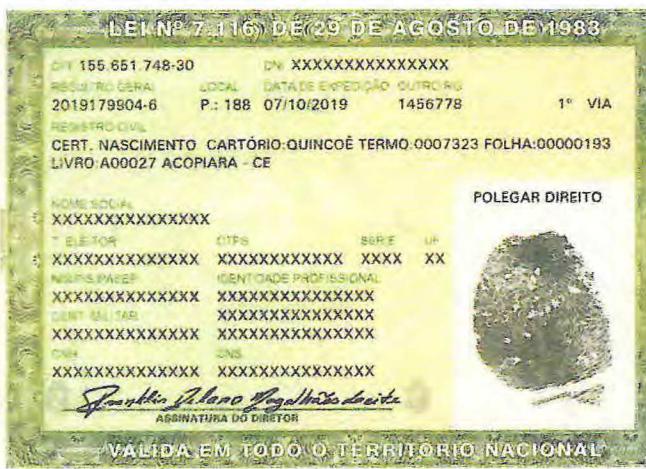
<b>DECLARANTE</b>	<i>Valdeci Teixeira Filho</i>		
Nacionalidade	<i>brasileiro</i>	Natural	<i>acopiara-ce</i>
Estado Civil	<i>sóteiro</i>	RG n°	<i>1.456.778</i>
Profissão	<i>agricultor</i>	CPF n°	<i>155.651.748-30</i>
Endereço	<i>Barra do Ingá</i>		
Bairro	<i>zona rural</i>	CEP	<i>63560000</i>
Município/UF	<i>acopiana</i>	FONE	<i>(88) 98322-7681</i>

**DECLARO**, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei nº 1.060/50.

*Acopiara-ce 15.08.2020*

*\*Valdeci Teixeira Filho*

DECLARANTE





SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BAJ  
RUA EMÍDIO ALVES DE ALMEIDA, S/N - CENTRO  
ACOPIARA - CE - CEP. 63.560-000  
C.N.P.J.: 04.829.898/0001-66 - Fone : (88) 3565-0350

## CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASS DE MORADORES E PRODUTORES DE BARRA DO INGA 03.254.062/0001-18  
0003324.9 PAR RBR 200104618 02/07/20 JUL/2020  
1 0 0 0 0 .  
MARIA ROZILEIDE ALVES  
RUA NOVA, 0  
BARRA DO INGA CEP: 26360-000 01.04.14 00000000  
A VOTARIA

JUL/20	24	000	24		24
JUN/20	38	000	037		38
MAY/20	20	000	028		20
APR/20	15	000	014		5
MAR/20	16	000	031		5
FEB/20	39	000	031		39
JAN/20	41	000	028		41
00028					

\*\* 0,00 \*\* \*\*\* , \*\*  
05/08/2020 VALOR R\$ 59,78  
CONSUMO:

SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BA

MARIA ROZILEIDE ALVES  
RUA NOVA, 0 - BARRA DO INGÁ

SEQ. : 63

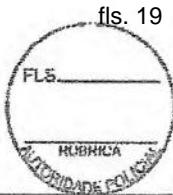
0003324.9 JUL/2020 200104618 05/08/2020 59,78  
0003324.07.20.200104618  
82660000000.2 59781249000.6 33240720200.8 10461800002.0

Bar code labels are printed on a continuous roll of paper. Each label contains a barcode and a unique identification number.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 404 - 788 / 2018**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **04/07/2018 09:59:55**

Data / Hora da Ocorrência: **06/06/2018 19:30:00**

Endereço da Ocorrência: **SITIO CIPO**

Complemento:

Bairro:

Município: **ACOPIARA/CE**

Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **VALDECI TEIXEIRA FILHO**

Nascimento: **14/06/1962** CPF: **155.651.748-30**

RG: **1456778**

Órgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA TEIXEIRA DE SOUZA**

**FRANCISCO ABEL DE MATOS**

Endereço: **SITIO BARRA DA INGA, 0 CASA**

Bairro: **DT, EBRON**

Município: **ACOPIARA/CE**

CEP: **63.560-000**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 99657-3057**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HZR6252** Uf: **CE** Município: **ACOPIARA** Chassi:

**9C2JC3010YR030080** Renavam: **732111447** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano

Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**AZUL** Proprietário: **FRANCISCO TEIXEIRA FILHO** Situação: **NÃO**

**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Afirma sob as penalidades previstas nos ART. 339, 340 e 342 do CPB e advertido(a) das penalidades de falsa comunicação de crime e Contravenção Penal, o (a) declarante disse que, TEM HABILITAÇÃO Nº. 01938837961 E AFIRMA TER SOFRIDO LESÕES EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE VEICULAR E COMPARECE NESTA DELEGACIA AFIM DE REGISTRAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA O RECEBIMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT; Disse que guiava o VEÍCULO TIPO: MOTOCICLETA, RENAVAM: 732111447, Número Chassi: **9C2JC3010YR030080**, Placa: **HZR6252**, Marca/Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS**, Ano de Fabricação: **2000**, Ano do Modelo: **2000**, Cor: **AZUL**, disse que calou da motocicleta quando na estrada do sitio Cipo, ao tentar desviar de um buraco, o declarante disse que a motocicleta derrapou e ele caiu; Disse que no momento da queda, como a motocicleta caiu por cima de sua perna, um homem que ia passando na estrada, o ajudou a retirar o veículo de cima do declarante e o levou até sua casa; Disse que ao chegar em casa relatou que tinha sofrido um acidente e que seu filho de nome ANTONIO FRANCISCO ALVES TEIXEIRA(ALEX) SOCORREU O DECLARANTE ATÉ O HOSPITAL GERAL SUZANA GURGEL DO VALE, POIS TINHA SOFRIDO ESCORIAÇÕES E CORTE NO PÉ DIREITO e que foi mandado para casa; Disse que ainda com muitas dores retornou ao hospital no dia 02/07/2018 e que foi pedido um raios x e constatado que havia fraturado o pé direito e que foi encaminhado para o

DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

Pág. 1 de 2

*Valdeci Teixeira Filho*

Impresso em: 04/07/2018 10:17:59



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 404 - 788 / 2018

hospital HOSPITAL REGIONAL DE IGUATU; E nada mais disse

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ACOPIARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: F. Herdeson  
FRANCISCO HERDESON DE OLIVEIRA BERNARDO - MAT.: 30091213

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Paulo Renato Ferreira Filho

VISTO DO DELEGADO(A) :  
PAULO RENATO FELIX FERREIRA - MAT.: 30080815

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0002	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 1456778			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 14/06/1962	Local ACOPIARA/CE			Idade 56 Ano(s)
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS		Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA		
Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N		Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA
Profissão		Empresa	Cônjugue	
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO		CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N	Município ACOPIARA
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2018	Hora 09:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA			CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação ____ / ____ / ____		às ____ hs.	Tipo de Saída ( ) Alta    ( ) Internação    ( ) Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Recepção de 2º paciente  
Ano: 30 min. Devi. Completado*

*Recepção paciente - Suprime*

*Recepção paciente - Suprime  
Recepção paciente - Suprime*

ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

*Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO*

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0003	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 1456778			Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/06/1962	Local ACOPIARA/CE			Idade 56 Ano(s)	
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS	Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA				
Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N	Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA	UF CE	Telefone 88 96573057
Profissão	Empresa	Cônjugue			
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO	CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N	Município ACOPIARA	UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 11/07/2018	Hora 08:16	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA			CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento RETORNO
Indicador de Acidente			Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES	

Observação

Sala	Data/Hora Liberação / /	às _____ hs.	Tipo de Saída ( ) Alta    ( ) Internação    ( ) Óbito
------	----------------------------	--------------	--

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (ppm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*F.D. de 2: analg. D. Danielle  
m' 33 m. D. ambulância  
  
Relato Dr. D. (P, n)  
Ranimul de Júd.*

*Dr. Antônio Alberto Bandeira  
CRM: 2063  
Traumatologia*  
ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

*Valdeci Teixeira Filho*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO

*Obs: laeron ORX*



**BPA**

(URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 188

Data: 16/06/2018 Horário: 20:43 Idade: 55 anos Sexo: M

Paciente: Valaci Teixeira Filha

End. Do Paciente / Resp.: Ribeirão das Neves - MG - Rua das Flores - 120

Telefone: (031) 9657-3057 Doc. de Identificação: RG: 1456778

Cartão do SUS: 12017081339 C0011

ESF de Origem: 256 Ribeirão das Neves

**ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário: 20:45)**

Classificação de Risco:  PA: 110x90 T:  PESO:  HGT:  P:



Pontos:

Tabela 1

Escala de Dor para Recém-Nascidos - Neonatal Infantil, Pain Scale (0 a 5)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	Vigorosa
Choro	Ausente	Resmungos	Diferente da basal
Respiração	Regular	Relaxados	Fletidos/Estendidos
Bracos	Relaxados	Relaxadas	Fletidas/Estendidas
Pernas	Dormindo e/ou Calmo	Agitado e/ou limitado	
Estado de Alerta			

Presença de dor > 3 pontos



Pontos:

Anotações de Enfermagem:

Fit. repouso Teixeira no anel  
na queda de mola

JG

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Histórico da Doença atual:

Fit. repouso Teixeira no anel  
na queda de mola

Exame Físico:

Exames Complementares:

Resultados:

Diagnóstico:

Folda Dorsal

Destino do Paciente:

Ass. e Carimbo do Médico:

Luis Eduardo Barbosa  
Médico  
CRM 12316

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Valaci st Edes

## **PLANO TERAPEUTICO E TRATAMENTO**

fls. 25



PREFEITURA DE  
**ACOPIARA**  
Secretaria da Saúde

# HOSPITAL REGIONAL DE ACOPIARA

fls. 26

BPA

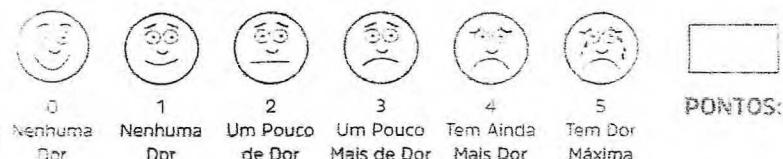
### (URGÊNCIA / EMERGÊNCIA)

Nº DE REGISTRO: 30

Data: 02.07.18 Horário: 08:28 Idade: 75 Anos | Sexo: Feminino  
Paciente: Valdice Tavares de Souza  
End. do Paciente / Resp.: Vila Barra 63  
Telefone: 66 573057 Doc. de Identificação:  
Cartão do SUS: 1201708133900011  
ESF de Origem: Buriti da Praia

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM / TRIAGEM (Horário: 08 : 35 : 30)

**Classificação de Risco:**  PA: **100% r60** T: **1** PESO: **1** HGT: **1**



Estado de Sono/sono Recente Nascido	Necropsia infantil Pau 3 dia (NIPS)		
Indicador	0 ponto	1 ponto	2
Expiração lenta	Relaxada	-	-
Coração	Ausente	-	-
Respiração	Regular	Irregular ou lenta	-
Braços	Relaxados	Retidos/Estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Retidas/Estendidas	-
Estado de Arente	Dominância/Coexistente	Atividade/Relaxado	-

Presença de dor > 3 pontos

Sem Dor

Der no pl' (D)

## ATENDIMENTO MÉDICO

#### Histórico da Doença atual:

*Loyalty, Integrity  
Safety第一  
Quality Assurance*

#### **Exame Físico:**

#### Exames Complementares:

## Resultados

### **Diagnóstico:**

#### **Destino do Paciente:**

Ass. e Cartório do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Inatura do Paciente ou Responsável:  
*Valdeci Teixeira Filho*

~~Dr. M. J. G. van Benthem~~

# PLANO TERAPÊUTICO E TRATAMENTO

DME DO PACIENTE

ENFERMARIA

LEITO

ATA

PLANOS TERAPÉUTICOS E TRATAMENTOS

HORARIOS

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA  
E N° DO  
COREN

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**

GUIA DA UNIDADE QUE SE REFERE

Unidade de Origem Hospital Regional de Acopiara Prontuário \_\_\_\_\_

Nome: Zaldeci Seixaria Filho

Sexo: M () F () Data do Nascimento: 14/06/62 Ocupação: Agricultor

Endereço: Rua Barra do Ingaí

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: Acopiara Fone: 96573057

Urgência: Sim () Não ()

Data de Referência: 02/07/18

Impressão Diagnóstica: Fratura do 2º metatarso do pé D.

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

Unidade de Referência: HRI

Procedimento: Evaluacão clínica - Data: 02/07/18 Hora: 10:00

logista

leste  
Função

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ**  
**FICHA DE REFERÊNCIA**

GUIA DO USUÁRIO  
DEVOLVER ESSA FICHA À UNIDADE DE  
SAÚDE QUE FEZ O SEU ENCAMINHAMENTO

Unidade de Origem Hospital Regional de Acopiara Prontuário \_\_\_\_\_

Nome: Zaldeci Seixaria Filho

Sexo: M () F () Data do Nascimento: 14/06/62 Ocupação: Agricultor

Unidade de Referência: HRI

Procedimento: Evaluacão clínica Data: 02/07/18 Hora: 10:00

Município: Agreste

Motivo do encaminhamento: \_\_\_\_\_

Conduta já realizada: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Fratura do 2º metatarso do pé D.

J. P. L.  
Função

Dr. Francisco BORGES  
CRM: 6572

02/07/18  
Data

## Secretaria de Saúde



PREFEITURA DE  
**ACOPIARA**  
Secretaria da Saúde

## RECEITUÁRIO

Nome:

Wofelv Lefevre filho

J

- ① Aceitei Xpt Nt vdu 30  
gel IP do +/NHO;  
16 - 14 12265.
- ② dirufene 300 30  
gel 3x dia
- ③ hacel c/sguep 1257000  
3x dia
- ④ anabol gel 1000000  
1000000

Voltando à consulta, queira trazer esta receita.

*Francisco Barbosa*  
Dr. Clínico Geral  
CRM: 6512

PREFEITURA DE  
**ACOPIARA**  
Secretaria da Saúde

Secretaria de Saúde

HOSPITAL GERAL  
Suzana Gurgel do Vale

RECEITUÁRIO

Nome: VANESSA DAOLMI FAMO

670 AM:

J. CEFALGIA MIGRA - 800/  
from 02 12 016  
from 07 0001  
Uro 670 AM.  
g POLIGONALIS ROMANA - 070  
APENAS 07 12 000000

Luiz Eduardo Barbosa  
Médico  
CRM 12316

06/06/19  
Voltando à consulta, queira trazer esta receita.



**GOVERNO DO  
ESTADO do CEARÁ**  
*Secretaria da Saúde*

Nome: VALDECI TEIXEIRA FILHO

D. Nascimento: 14/06/1962

Médico Solicitante: \*\*\*\*\*

### **Tomografia computadorizada de pé direito**

ID: 27327

D. Exame: 06/11/2018

Convênio: sus

#### **Comentários:**

Estudo realizado em aparelho de tomografia computadorizada. Foram obtidas imagens no plano axial sem a administração endovenosa do meio de contraste iodado. As imagens foram reformatadas nos planos sagital e coronal.

#### **Os seguintes aspectos foram observados:**

Edema dos planos subcutâneos do pé, sem evidências de coleções.

Planos musculares com padrão tomográfico preservado.

Ausência de líquido intra-articular ao método.

Estruturas ósseas com trabeculado conservado, sem nítidos sinais de fraturas.

Redução discreta do espaço articular metatarso-falangeano do hálux, associada à discreta esclerose óssea subcondral, mais evidente na superfície metatarsal da articulação.

Demais relações articulares mantidas.

#### **Conclusão:**

Edema subcutâneo do pé, de aspecto inespecífico, podendo estar relacionado à contusão.

Artropatia degenerativa metatarso-falangeana no hálux.

Não se evidenciam fraturas identificáveis pelo método.

Terça-Feira, 06 de novembro de 2018

Dr. Cláudio Búrigo de Carvalho Filho  
CRM: CRM-SC 9088

Assinado eletronicamente por: Dr. Cláudio Búrigo de Carvalho Filho CRM CRM-SC 9088 em 20/11/2018 08:19.

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Se você não for o destinatário, saiba que qualquer divulgação, cópia, distribuição ou utilização do conteúdo dessas informações é proibido e passível de punição dentro da lei.

NDACÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI  
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

(24)

## Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário 037825	Atendimento 0002	Nome do Paciente VALDECI TEIXEIRA FILHO	CNS 120170813390001	Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 1456778			Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 14/06/1962	Local ACOPIARA/CE			Idade 56 Ano(s)	
Pai FRANCISCO ABEL DE MATOS		Mãe MARIA TEIXEIRA DE SOUZA			
Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N	Bairro ZONA RURAL	CEP 63560-000	Município ACOPIARA	UF CE	Telefone 88 96573057
Profissão	Empresa	Cônjugue			
Responsável VALDECI TEIXEIRA FILHO	CPF do Responsável	Endereço VILA BARRA DO INGA , S/N		Município ACOPIARA	

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2018	Hora 09:11	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO ALBERTO BANDEIRA			CRM/UF 2063/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente			Funcionário DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.		Tipo de Saída ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

## Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Recomendação: Rx de 2º grau  
dai 30 min. com analgésico*

*Rx de 2º grau - Surpresa*

*Rx de 2º grau (Rx 2)  
Rx de 2º grau*

ANTONIO ALBERTO BANDEIRA - CRM: 2063

*Assinatura Paciente/Responsável  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: VALDECI TEIXEIRA FILHO*





Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDECI TEIXEIRA FILHO**  
 Nº Sinistro: **3180526553**  
 Vítima: **VALDECI TEIXEIRA FILHO**  
 Data do Acidente: **06/06/2018**  
 Cobertura: **INVALIDEZ**  
 Procurador **CARLOS EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180526553**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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

