



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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200282762

Vítima: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 000000044033-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

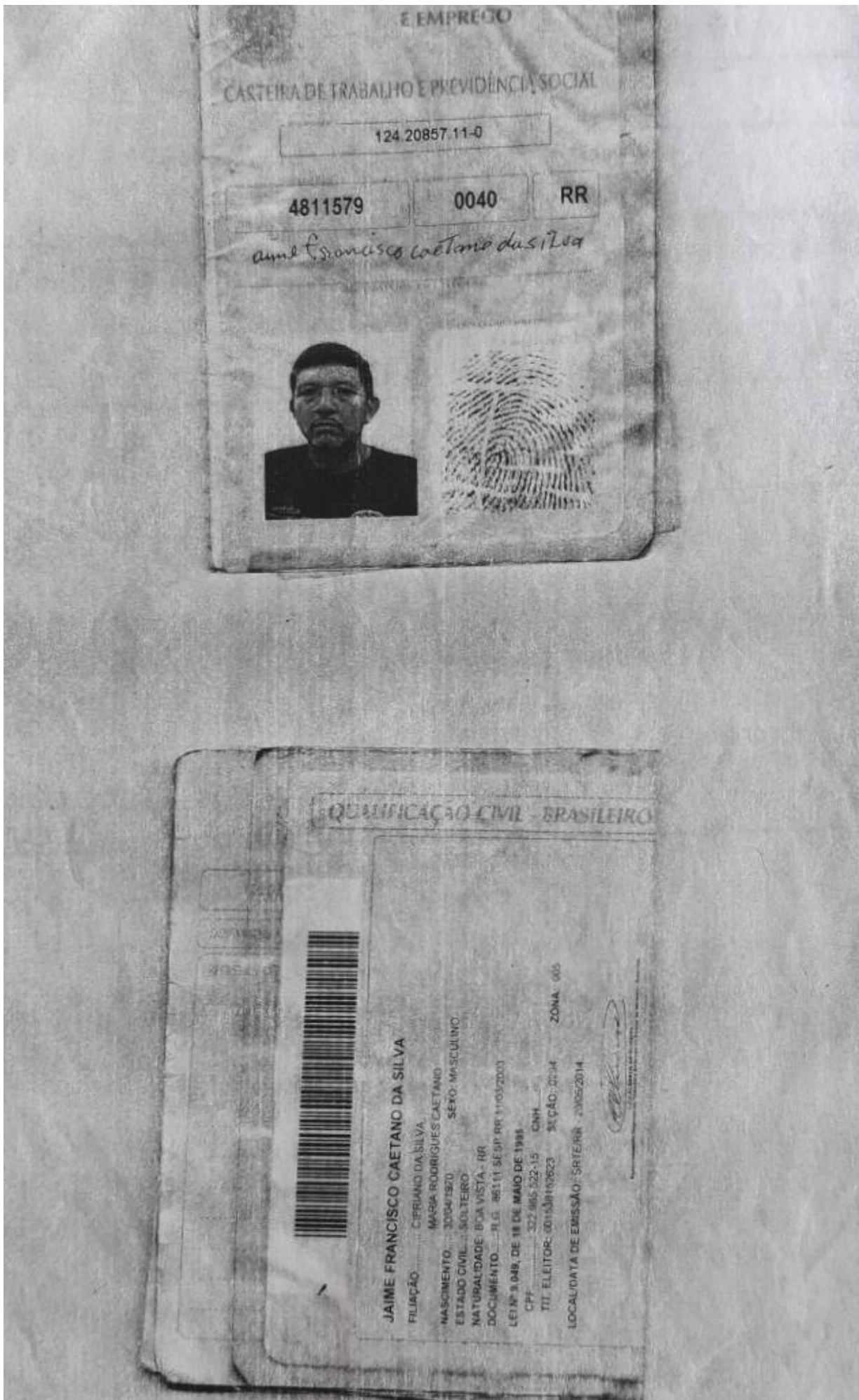
Estamos aqui para Você

PROCURAÇÃO

Eu, Jaime Francisco Cattaneo da Silva, brasileiro (a), solteiro, autônomo, portador (a) da cédula de identidade RG nº 86111, inscrito (a) no CPF sob o nº 322.985.522-15, residente e domiciliado (a) na rua Altair Pereira de Melo nº 1089, Bairro União, CEP 69.313-780, telefone nº 99169-1298 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 21 de agosto de 2020.

x Jaime Francisco Cattaneo da Silva
OUTORGANTE.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00019747/2020-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 27/07/2020 17:28:31 Data/Hora Fim: 27/07/2020 17:28:31
Delegado de Polícia: Adalmir Almeida Sena Júnior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 23/02/2020 03:25

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Equatorial

Logradouro: Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV e Av. Jesualdo Costa Lima

Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 30/04/1970 Idade 50
Profissão: Autônomo Escolaridade: Sem Informação
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Maria Rodrigues Caetano Nome do Pai: Cipriano da Silva

Documento(s)

RG: 86111

CPF: 322.985.522-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: R. ALTAIR PEREIRA DE MELO

Nº: 1089

Complemento: prox. igreja cat.

Bairro: União

Nome Civil: ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 18/03/1992 Idade 28
Profissão: Desempregado Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a) Naturalidade: Boa Vista
Nome da Mãe: Marlete Nunes Pimentel Nome do Pai: Jaime Francisco Caetano da Silva

Documento(s)

CPF: 025.972.052-66

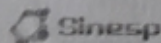
Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ALTAIR PEREIRA D MELO

Nº: 1089

Bairro: UNIAO



Impresso por: Meire Moura da Silva
Data de Impressão: 27/07/2020 17:29:40

Página 1 de 3
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00019747/2020-A01

Telefone: (95) 99137-8848

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 012.286.342-97	Placa NAY1512
Renavam 00126627215	Número do Motor JC41E19002728
Número do Chassi 9C2JC41109R002728	Ano/Modelo Fabricação 2009/2009
Cor PRETA	UF Veículo RR
Município Veículo Boa Vista/RR	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Veículo Adulterado? Não	Situação Meio Empregado, Envolvido
Última Atualização Denatran 03/01/2020	Situação do Veículo RESTRICAO_BENEFICIO_TRIBUTARIO_FILE_VEIC ULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alisson Bruno Pimentel da Silva	Proprietário
Jaime Francisco Caetano da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

QUE o comunicante através do número telefônico 95- 99137-8848, entrou em contato via aplicativo de comunicação WHATSAPP, com está UP para relatar o seguinte fato: Que no dia 23/03/2020, por volta das 03h:25min da madrugada, o comunicante estava na garupa de uma motocicleta particular, de marca HONDA, modelo CG 125 FAN KS, cor preta, Placa NAY-1512; QUE o condutor dessa motocicleta era seu filho de nome ALISSON BRUNO PIMENTEL DA SILVA; QUE seu filho trafegava na Av. Gen. Ataíde Teive/RR/BV, sentido Bairro; QUE ao tentar transcolar-se de avenida, para a Av. Jesuaido Costa Lima, no bairro: Equatorial/Boa Vista - RR deparou-se com um buraco nesta avenida; QUE ao passar por dentro desse buraco, seu filho ALISSON perdeu o controle da motocicleta e ambos foram arremessados da motocicleta com o impacto; QUE ambos sofreram lesões, porém o comunicante teve lesões graves, que teve fratura exposta que o osso do fêmur direito havia saído de sua perna e estava visível; QUE alguns transeuntes não identificados que estavam no local, ligaram para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e SAMU, que após alguns minutos compareceram no local realizando procedimento de remoção para o centro de trauma do Hospital Geral de Roraima e HGR; QUE o comunicante e seu filho ALISSON tiveram diversas lesões como consta em laudo médico em anexo a este B.O.

QUE o comunicante externa que apenas foi possível realizar o registro deste boletim de ocorrência na data de hoje (12/07/2020) devido à gravidade de seus ferimentos, que somente registrou o fato para garantir a assistência proveniente do seguro DPVAT.

~~~~~

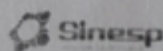
QUE para os devidos fins de direito, Eu Hualacy Seelig, S. de Souza, escrivão de polícia "ad-hoc", chefe de seção da polícia civil, matrícula nº 020116684, responsável por este B.O. orientei ao comunicante que ela poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem SE NELA HOUVER FALSO RELATO OU COMUNICAÇÃO DE CRIME FALSO, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

*Hualacy Seelig*  
Assinatura



Impresso por: Meire Moura da Silva

Data de Impressão: 27/07/2020 17:29:40

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00019747/2020-A01

ASSINATURAS

Meire Moura da Silva

Escrivão de Polícia  
Matrícula 42000511

Responsável pelo Atendimento

Jaime Francisco Caetano da Silva

Vítima, Comunicante

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

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé, que a presente fotocópia  
é a reprodução fiel do Original.

Boa Vista, 27 de julho de 2020

*Jaime Francisco Caetano da Silva*  
Assinatura



|                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|----------------|
| Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3308                                                                                                                                                                                             |                              | <input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.                                                                   |               | <input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass.                   |                | <input type="checkbox"/> Verde<br><input type="checkbox"/> Azul Ass. |                |
| 2001223458                                                                                                                                                                                                                     | 23/02/2020 03:45:24          | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA                                                                                                     |               |                                                                                        | NOTURNO 19- 13 |                                                                      |                |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                       |                              | Data Nascimento                                                                                                                        | Idade         | CNS                                                                                    | CPF            | Prontuário                                                           |                |
| JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA                                                                                                                                                                                               |                              | 30/04/1970                                                                                                                             | 49 A 9 M 23 D |                                                                                        | 32298552215    |                                                                      |                |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                       | Documento                    | Órgão Emissor                                                                                                                          | Data Emissão  | Sexo                                                                                   | Estado Civil   | Raça/Cor                                                             | Naturalidade   |
| IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                     | 86111                        |                                                                                                                                        |               | M                                                                                      | SOLTEIRO(A)    | PARDA                                                                | BOA VISTA - RR |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                        |               | Pai                                                                                    | Contato        |                                                                      |                |
| MARIA RODRIGUES CAETANO                                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                        |               | CIPRIANO DA SILVA                                                                      |                |                                                                      |                |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      | Ocupação       |
| RUA - ALTAIR PEREIRA DE MELO - 1089 - UNIAO - BOA VISTA - RR                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      | NÃO INFORMADA  |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                                | Plano Convênio               | N° da Carteira                                                                                                                         | Validade      | Autorização                                                                            | Sis Pronatal   |                                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                | SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                          | Caráter do Atendimento       | Profissional do Atend.                                                                                                                 | Procedência   | Tomp.                                                                                  | Poso           | Prossão                                                              |                |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                                                                                                               | URGÊNCIA                     |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Sector                                                                                                                                                                                                                         | Tipo de Chegada              | Procedimento Sol.                                                                                                                      |               | Registrado por:                                                                        |                |                                                                      |                |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                  | SAMU CAPITAL                 |                                                                                                                                        |               | LIDIANE OLIVEIRA                                                                       |                |                                                                      |                |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                               |                              | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| "Fratura exposta"                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                        |               | GSC                                                                                    | TOTAL          |                                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                        |               | AO: 12345                                                                              | RV: 12345      | OMRV: 12345                                                          | 15             |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| SAMU com relato de fratura exposta. Encontra-se paciente imobilizado em prancha de madeira, com colar cervical de tala em nuca e BEG, embuado, diurese normalizada.                                                            |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| AR: MV/D/D/RA/ABD/D/alterações/Ext/pulsos em este membro distal presente? ECG (Preservado)                                                                                                                                     |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                   |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: 15 |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                                                                                                        |               | APRAZAMENTO                                                                            |                | OBSERVAÇÃO                                                           |                |
| 1) Letrovaxona 1g EV                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                                                                                                        |               | 04/41                                                                                  |                |                                                                      |                |
| 2) Gentamicina 40mg EV                                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| 3) Dipirona 1g EV                                                                                                                                                                                                              |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| 4) Telotril 40mg EV                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| 5) SF 0,9% 500ml EV                                                                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| 6) ATT 0,5ml IM                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Condução                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                                                                                                                                                                               |                              |                                                                                                                                        |               | <input type="checkbox"/> Ambulatório                                                   |                |                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                                                                                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                        |               | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)                                          |                |                                                                      |                |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                                                                                                                                                                                        |                              |                                                                                                                                        |               | <input type="checkbox"/> Internação                                                    |                |                                                                      |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: out. quadro                                                                                                                                                            |                              |                                                                                                                                        |               | Data e Hora da Saída/Alta: / /                                                         |                |                                                                      |                |
| óbito                                                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                             |                              |                                                                                                                                        |               | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Medicina Patológica |                |                                                                      |                |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                          |                              |                                                                                                                                        |               | Carimbo e Assinatura do Médico                                                         |                |                                                                      |                |
|                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                        |               |                                                                                        |                |                                                                      |                |

Impresso por: lidiane.oliveira  
Data Hora: 23/02/2020 03:46:09

IMPRESSO - Indicação por Teclado  
ou - Impressão em Janela  
IMPRESSO - 11.02.20

23 FEV 2020



|                                                            |            |
|------------------------------------------------------------|------------|
| BOLETIM OPERÁRIO                                           |            |
| Data: <u>12/02/2021</u>                                    | O.S. _____ |
| <u>Feito para o paciente</u><br><u>Carvalho de Almeida</u> |            |

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exatidão no diagnóstico de fratura de fêmur distal  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Ho C/ grupo de fratura Exatidão de diagnóstico de fratura de fêmur distal  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Ho C/ grupo  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: 0  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0

CIRURGIÃO: Pedro 1º AUXILIAR: Oliver  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: ASSIM ADAM VISTROTTA  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: MENTE MAIS NA  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: 15 minutos

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Marcelo Arruda  
Ortopedista/Traumatologista  
CRM-RR 12421 RQE: 550

1) Feito BDA das placas anteriores  
2) Exatidão + antioque + adeq. de tempo  
3) Exatidão + exc. ant. + adeq. de tempo  
4) Exatidão de fragmentos fraturados e colocados  
de fratura externa com Delta. 5) Do fêmur  
alubromet sub-tubo 6) Sutura e curativo  
7) Feito.





OTTY IRIS BAIOB-X  
AIME F.C.DA SILVA,  
19Y Sexo: M Data: 08/04/2020 14:57  
Enlido: PAIVA





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: 5432893

JAIME FRANCISCO CAETANO DA SILVA

R. ALTAIR PEREIRA DE MELO, 1089, PROX. A IGREJA CAT

UNIAO

69313780 BOA VISTA

RR

|               |            |                       |
|---------------|------------|-----------------------|
| CÓDIGO ÚNICO  | MÊS        | PERÍODO DE CONSUMO    |
| 482250        | 06/2020    | 21-MAY-20 a 22-JUN-20 |
| CONSUMO (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR         |
| 30            | 10-JUL-20  | R\$ 41,55             |

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 | MÊS     | TOTAL A PAGAR |
| 482250       | 06/2020 | R\$ 41,55     |

836800000009.415500750005.000000000489.225006200052





## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Jaime Francisco Castano da Silva brasileiro  
(a), solteiro, autônomo portador (a) do RG nº  
86111, inscrito (a) no CPF sob o nº 322.985.527-15 residente e  
domiciliado (a) na rua Altair Pereira nº 1089, Bairro  
União, Boa Vista-RR, CEP 69.313-780, telefone  
nº (95) 99169-1298, DECLARA não ter condições de arcar com  
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo  
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.  
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na  
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 04 de agosto de 2020.

x Jaime Francisco Castano da Silva  
**DECLARANTE**

