

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 15/02/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: GARCÍA

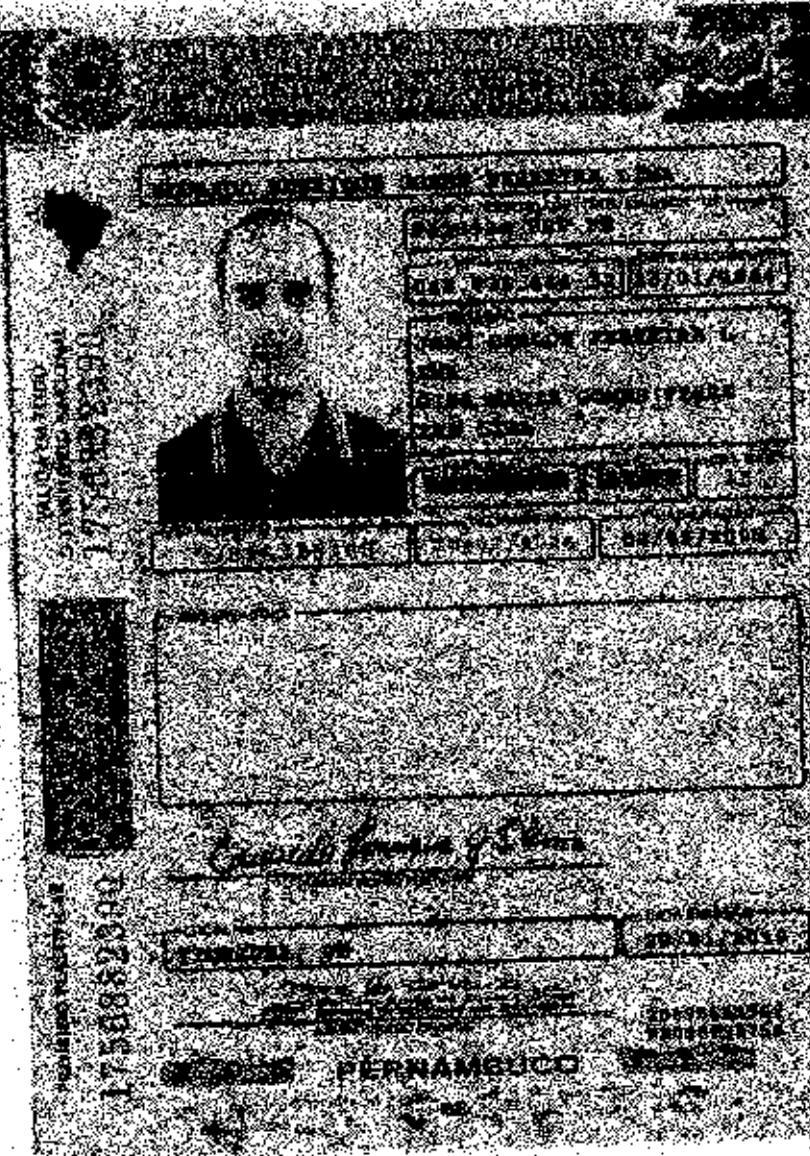
SEGUNDO APELLIDO: GARCÍA

SEXO: F

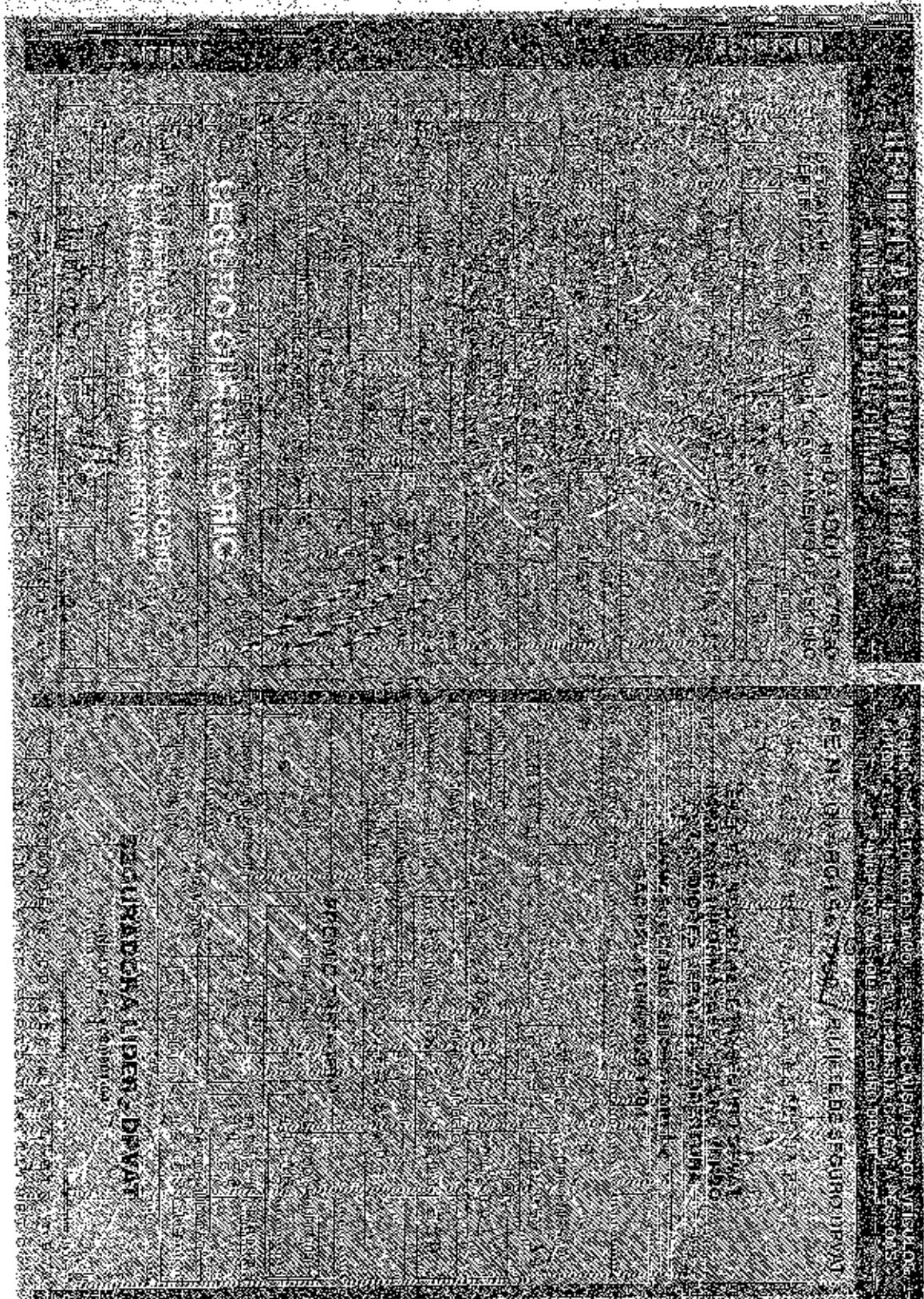
FECHA DE NACIMIENTO: 15/08/1990

LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

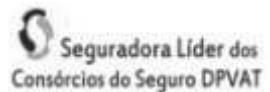
ESTADO CIVIL: SOLTERO



| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 | 568 | 569 | 570 | 571 | 572 | 573 | 574 | 575 | 576 | 577 | 578 | 579 | 580 | 581 | 582 | 583 | 584 | 585 | 586 | 587 | 588 | 589 | 590 | 591 | 592 | 593 | 594 | 595 | 596 | 597 | 598 | 599 | 600 | 601 | 602 | 603 | 604 | 605 | 606 | 607 | 608 | 609 | 610 | 611 | 612 | 613 | 614 | 615 | 616 | 617 | 618 | 619 | 620 | 621 | 622 | 623 | 624 | 625 | 626 | 627 | 628 | 629 | 630 | 631 | 632 | 633 | 634 | 635 | 636 | 637 | 638 | 639 | 640 | 641 | 642 | 643 | 644 | 645 | 646 | 647 | 648 | 649 | 650 | 651 | 652 | 653 | 654 | 655 | 656 | 657 | 658 | 659 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 660 | 661 | 662 | 663 | 664 | 665 | 666 | 667 | 668 | 669 | 670 | 671 | 672 | 673 | 674 | 675 | 676 | 677 | 678 | 679 | 680 | 681 | 682 | 683 | 684 | 685 | 686 | 687 | 688 | 689 | 690 | 691 | 692 | 693 | 694 | 695 | 696 | 697 | 698 | 699 | 700 | 701 | 702 | 703 | 704 | 705 | 706 | 707 | 708 | 709 | 710 | 711 | 712 | 713 | 714 | 715 | 716 | 717 | 718 | 719 | 720 | 721 | 722 | 723 | 724 | 725 | 726 | 727 | 728 | 729 | 730 | 731 | 732 | 733 | 734 | 735 | 736 | 737 | 738 | 739 | 740 | 741 | 742 | 743 | 744 | 745 | 746 | 747 | 748 | 749 | 750 | 751 | 752 | 753 | 754 | 755 | 756 | 757 | 758 | 759 | 760 | 761 | 762 | 763 | 764 | 765 | 766 | 767 | 768 | 769 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 770 | 771 | 772 | 773 | 774 | 775 | 776 | 777 | 778 | 779 | 780 | 781 | 782 | 783 | 784 | 785 | 786 | 787 | 788 | 789 | 790 | 791 | 792 | 793 | 794 | 795 | 796 | 797 | 798 | 799 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 800 | 801 | 802 | 803 | 804 | 805 | 806 | 807 | 808 | 809 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 810 | 811 | 812 | 813 | 814 | 815 | 816 | 817 | 818 | 819 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 820 | 821 | 822 | 823 | 824 | 825 | 826 | 827 | 828 | 829 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 830 | 831 | 832 | 833 | 834 | 835 | 836 | 837 | 838 | 839 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 840 | 841 | 842 | 843 | 844 | 845 | 846 | 847 | 848 | 849 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 850 | 851 | 852 | 853 | 854 | 855 | 856 | 857 | 858 | 859 | 860 | 861 | 862 | 863 | 864 | 865 | 866 | 867 | 868 | 869 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 870 | 871 | 872 | 873 | 874 | 875 | 876 | 877 | 878 | 879 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 880 | 881 | 882 | 883 | 884 | 885 | 886 | 887 | 888 | 889 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 890 | 891 | 892 | 893 | 894 | 895 | 896 | 897 | 898 | 899 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 900 | 901 | 902 | 903 | 904 | 905 | 906 | 907 | 908 | 909 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 910 | 911 | 912 | 913 | 914 | 915 | 916 | 917 | 918 | 919 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 920 | 921 | 922 | 923 | 924 | 925 | 926 | 927 | 928 | 929 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 930 | 931 | 932 | 933 | 934 | 935 | 936 | 937 | 938 | 939 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 940 | 941 | 942 | 943 | 944 | 945 | 946 | 947 | 948 | 949 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 950 | 951 | 952 | 953 | 954 | 955 | 956 | 957 | 958 | 959 | 960 | 961 | 962 | 963 | 964 | 965 | 966 | 967 | 968 | 969 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 970 | 971 | 972 | 973 | 974 | 975 | 976 | 977 | 978 | 979 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 980 | 981 | 982 | 983 | 984 | 985 | 986 | 987 | 988 | 989 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 990 | 991 | 992 | 993 | 994 | 995 | 996 | 997 | 998 | 999 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1000 | 1001 | 1002 | 1003 | 1004 | 1005 | 1006 | 1007 | 1008 | 1009 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1010 | 1011 | 1012 | 1013 | 1014 | 1015 | 1016 | 1017 | 1018 | 1019 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1020 | 1021 | 1022 | 1023 | 1024 | 1025 | 1026 | 1027 | 1028 | 1029 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1030 | 1031 | 1032 | 1033 | 1034 | 1035 | 1036 | 1037 | 1038 | 1039 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1040 | 1041 | 1042 | 1043 | 1044 | 1045 | 1046 | 1047 | 1048 | 1049 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1050 | 1051 | 1052 | 1053 | 1054 | 1055 | 1056 | 1057 | 1058 | 1059 | 1060 | 1061 | 1062 | 1063 | 1064 | 1065 | 1066 | 1067 | 1068 | 1069 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1070 | 1071 | 1072 | 1073 | 1074 | 1075 | 1076 | 1077 | 1078 | 1079 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1080 | 1081 | 1082 | 1083 | 1084 | 1085 | 1086 | 1087 | 1088 | 1089 | 1090 | 1091 | 1092 | 1093 | 1094 | 1095 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

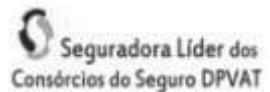
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634695 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Alldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob nº. 822-934-814-68, residente e domiciliado na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 6 Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferrreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

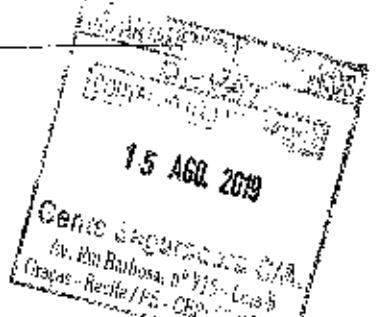
Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 12/07/2019

Natureza: Invalidez

Timbaúba, 14 de agosto de 2019

Alldair Souza Freire
(Assinatura por autenticidade)



Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Alldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob nº 822-934-814-68, residente e domiciliado na Rua Geraldo Ferreira Lima, nº 6 Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferrreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

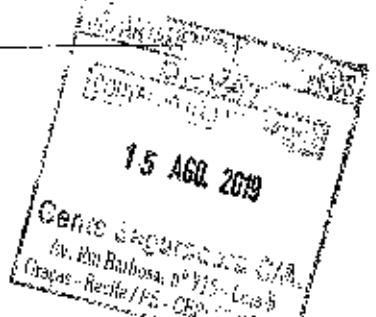
Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 12/07/2019

Natureza: Invalidez

Timbaúba, 14 de agosto de 2019

Alldair Souza Freire
(Assinatura por autenticidade)



Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Alldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob nº. 822-934-814-68, residente e domiciliado na Rua Geraldo Barbosa, nº 6 Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferrreira Lima, brasileiro, casado, RG de número 6.425.924, CPF nº 048.735.444-32, residente na Rua Geraldo Ferreira Lima nº 127, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo o referido procurador atuar em qualquer empresa relacionada a Seguro DPVAT, a fim de lhe representar e praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: Iniciar e acompanhar processo de concessão de benefícios junto ao DPVAT.

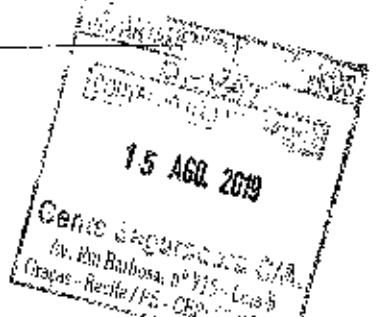
Poderes Especiais: o outorgado está autorizado no desempenho do mandato a exercer os seguintes poderes especiais.

Data do Acidente: 12/07/2019

Natureza: Invalidez

Timbaúba, 14 de agosto de 2019

Alldair Souza Freire
(Assinatura por autenticidade)



Testemunha I.

Testemunha II.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280974/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/11/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/07/2019

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA : 048.735.444-32

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

ALDAIR SOUZA FREIRE : 822.934.814-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/10/2019
Nome: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA
CPF: 048.735.444-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

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, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634695

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALDAIR SOUZA FREIRE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190634695 **Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE**

Data do Acidente: 12/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALDAIR SOUZA FREIRE

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\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALDAIR SOUZA FREIRE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001877-5

Conta: 0000012593-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

822.934.814-68 Aldair Souza Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FATICA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMÁ/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 10-04-2004

| | | | | |
|-------------------|------------------------------|-------------|------------------|-----------------|
| 5 - Nome completo | Aldair Soysa Freire | | 6 - DPF | 822934.814-68 |
| 7 - Profissão | 8 - Endereço | 9 - Número | 10 - Complemento | |
| Revisor | Rua Caicanday Reipes Barbosa | 6 | Care | |
| 11 - Bairro | 12 - Cidade | 13 - Estado | 14 - CEP | 55870-000 |
| Centro | Timbó | SC | 15 - Tel. (DDD) | (81) 99216-3948 |
| 16 - E-mail | eholpsoa@bolmail.com | | | |

DRAFTS CAD 005 D005

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: | | | | | | |
| <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> | | | | | | | | |
| <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table> | | | <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | | | |
| <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORES)</p> | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sumarize para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> | | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> 877 <input type="text"/> 6 CONTA: <input type="text"/> 12593 <input type="text"/> 8</p> | | | | | | | | |
| <p><small>(Indicar em 4 dígitos se existir)</small></p> | | | | | | | | |
| <p><small>(Informar o 5 dígito se existir)</small></p> | | | | | | | | |

Autoriza a Seguradora Inder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT

ESTRATEGIA DE MANAJEAMIENTO INTEGRAL PARA COBERTURA DE SUSCRIPCIONES PERSONALIZADAS

Declaro, sob a pena de perda da habilitação para exercer a função de INSTRUTOR MÉDICO (IM), para os fins de competição, que não sou:

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

Pelo motivo acima-destacado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme o § 1º/54/74, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura contestação, caso me seja direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|---|
| 25 - Estado Civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 26 - Data da morte da vítima: |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | |
| 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar VIVOS: Falecidos: | | 30 - Vítima deixou progenitura (pais/nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indemnização do Seguro DIPMT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, aínda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da multa de 20% do valor da cobertura contratada.

34
LAFABRIZADU

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

36 - CPE (aceitável de quem assina a rogo/a pedido)

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

40 - Local Data,

41 - Assinatura da vítima/benfeitor (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

12. Autenticação do Representante Legal (se houver):

ISSN 0008-0009 1993 12:212

ESTER MUNHAUS

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



Brade



Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

5090 0063 8326 0103

VALID TRHU

08/22 1877 5 0012593 8 01 00

VALIDATE AGENCIA DIGIT CONTA DIG. VIA TIP

ALDAIR SOUZA FREIRE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

822.934.814-68

Aldair Souza Grecie

5 - Nome completo: 6 - CPF: 822.934.814-68

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

revisor

Brasa Landay Ropes Barbosa 6 casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Centro

Sumaré

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99316-2948

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Sume as poucas os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (selecione banco)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 6 CONTA: 2693

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, que sou portador de IML que atende a seguinte classificação: IML que atende a classificação de **reabilitado** (não tem mais limitação de atividade profissional).

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima dado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da vítima, conforme Lei 5.154/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECORAÇÃO DE CRÓNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: Solteiro Casado (p. ex.: Divorciado Separado) Viúvo 24 - Parente: Filho(a) Irmão(a) Neta/neto(a)

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
teve filhos? Vivos: Falecidos? Vivos: Falecidos? Vivos: Falecidos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor recebido, além da restituição da multa por infração da artigo 202 do Código Penal.

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

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

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

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

40 - Local e Data:

Jimbau, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL



Brade



Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.

5090 0063 8326 0103

VALID TRHU

08/22 1877 5 0012593 8 01 00

VALIDATE AGENCIA DIGIT CONTA DIG. VIA TIP

ALDAIR SOUZA FREIRE



14/08/2019 10:12



5W535
0280974 / 19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRICAO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER/1/1ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0136001427

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/08/2019 às
10:44

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 12/7/2019 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 81, CENTRO, RUA
WALFREDO FERREIRA LIMA - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: SHOPPING DO
PÃO
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO (OUTRO)
ALDAIR SOUZA FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ALDAIR SOUZA FREIRE

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

ALDAIR SOUZA FREIRE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nasc: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FAXINE DA SILVA Data de Nascimento: 5/5/1970
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, - CEP: 56600-000 - Bairro:
CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

UNICO UNICO UNICO UNICO (VEÍCULO) da propriedade do(s) Sr(a): SERVIÇO DE

<http://www.mechanicscity.com/infocenter/2006/LEEDReview.html>

Sin de Orientación

TECNOLÓGIA ALTERNATIVA, que estava embaixo do nome. Só o ALDAIR SOUZA

王世貞集

FREIRE Categoría/Mercado/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/SHOGUN** Objeto apreendido: **MEIA**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Page: P0008784 (PERAMBULC)

2020-2021 Catalog Update: 2019-2020 Catalog

Complemento / Observação

COMPARCEU ALDAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIACOES DO SHOPPING DO PÄO EM TIMBABA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA, CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, TRANCOU- O SEU VEICULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA DUELA, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TIMBABA, E DEPOIS PARA O OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

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

ALBAIR SOUZA FREIRE
(VITIMA)

S.O. registrado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ZIBRO - Matrícula: 206976-8



14/08/2019 10:12



5W535
0280974 / 19

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 046ª CIRCUNSCRICAO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER/1/1ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19 E0136001427

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/08/2019 às
10:44

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 12/7/2019 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 81, CENTRO, RUA
WALFREDO FERREIRA LIMA - Bairro: CENTRO -
TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: SHOPPING DO
PÃO
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO (OUTRO)
ALDAIR SOUZA FREIRE (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ALDAIR SOUZA FREIRE

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

ALDAIR SOUZA FREIRE (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nasc: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FAXINE DA SILVA Data de Nascimento: 5/5/1970
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SERVIÇO DE TECNOLOGIA ALTERNATIVO - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, - CEP: 56600-000 - Bairro:
CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

UMA VEZ QUE SEU VEÍCULO da propriedade do(s) Sr(a): **SERVIÇO DE**

<http://www.MechanicsCivil.info/2013/08/08/EPReview.html>

In de Geestenis

TECNOLOGIA ALTERNATIVO, que estava em posse dele); Sra. ALDAIR SOUZA

120
CULTURE

FREIRE Categoría/Mercado/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/SHOGUN** Objeto apreendido: **MEIA**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Place: PCW 2794 (PERMANENT COMBINATION)

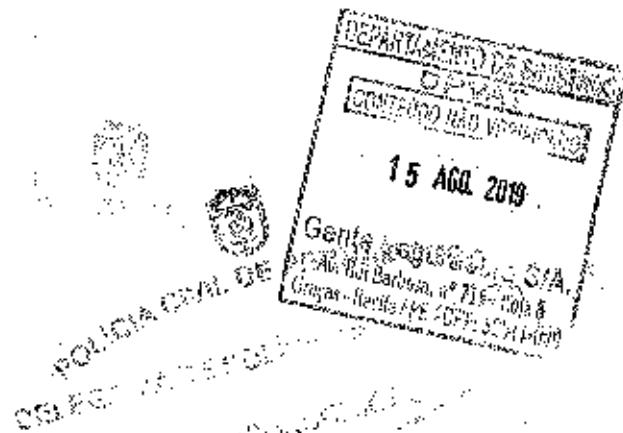
Complemento / Observação

COMPARCEU ALDAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIACOES DO SHOPPING DO PÄO EM TIMBABAÚA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA, CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, "TRANCOU" O SEU VEÍCULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA Queda, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TIMBABAÚA, E DEPOIS PARA O OTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) nessa unidade policial

ALBAIR SOUZA FREIRE
(VITIMA)

S.O. registrado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO - Matrícula: 204970-8





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

801936.814-68 Aldair Souza Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO: 0001

5 - Nome completo: **Edilaine Soárez Góes** 6 - CEP: **822934814-68**
7 - Profissão: **Enfermeira** 8 - Endereço: **Rua Gaudêncio Ropes Barbosa** 9 - Número: **6** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Sumaré** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **05870-000**
15 - E-mail: **edilaineat@hotmail.com** 16 - Tel (DDD): **(81) 99116-2948**

DODS CADASTRAL

| | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|--|---|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: | | | | | | |
| <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> | | | | | | | | |
| <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table> | | | <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | | | |
| <p>21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTORE)</p> | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sumarize para os bancos abaixo. Assinale uma opção)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> | | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> 877 <input type="text"/> 6 CONTA: <input type="text"/> 12593 <input type="text"/> 8</p> | | | | | | | | |
| <p>(Informar o dígito se existir)</p> | | | | | | | | |

Autorize a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

100% de la población de 16 años o más que se considera perteneciente a la etnia indígena.

Declaro, bajo mi responsabilidad, que presento la obra institucionalizada para su evaluación como obra original.

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

Peço motivo alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.135/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura liquidação de meus direitos de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

24. [Cliquez ici pour accéder à l'application de gestion de la sécurité pour les entreprises \(la plateforme\)](#)

25 - Estado Civil da Vítima: Solteiro Casado (no civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou marido (ou namorado)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da multa prevista no artigo 20º do Código Penal.

34
LEAFLETIZACIÓN

35. Nome o/a sujeit de quem assiste a rogo/a pedido.

36 - CPE (capital de queijo assado a rogo/a pedido)

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

40 - Local Data,

43. Assinatura do último beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AB - Autenticação do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Protocolo

11. [Privacy Policy](#)

ESTERUINHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

801936.814-68 Aldair Souza Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO 10-447

| | | | |
|--|-------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| 5 - Nome completo: | Edilaine Soysa Freire | 6 - CEP: | 822934814-68 |
| 7 - Profissão: | Enfermeira | 8 - Endereço: | Rua Gondimay Ropes Barbosa |
| 9 - Número: | 6 | 10 - Complemento: | Garage |
| 11 - Bairro: | Centro | 12 - Cidade: | Tumbucó |
| 13 - Estado: | PR | 14 - CEP: | 85870-000 |
| 15 - E-mail: | edilainas@hotmaile.com | | |
| 16 - Tel. (DDD): (81)99116-2948 | | | |

DADOS CADASTRAIS

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|---|--|--|--|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: | | | | | | | | | | |
| <p>Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table> | | | <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | | | | | | | | | |
| <p>21 - DADOS BANCÁRIOS:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ABR, CURADOR/TUTOR)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> </td> </tr> </table> | | | <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ABR, CURADOR/TUTOR) | <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> | |
| <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ABR, CURADOR/TUTOR) | | | | | | | | | | | |
| <p><input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Adicione uma opção)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradesco (237)</td> <td><input type="checkbox"/> Itaú (341)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)</td> <td><input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)</td> </tr> </table> | | <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | | | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>AGÊNCIA: <input type="text"/> 1847 5 CONTA: <input type="text"/> 12593 8</p> <p>(Informar o dígito se existir)</p> | | | | | | | | | | | | |

Autorize a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

Declaro, que as minhas informações são verdadeiras e apresento a laudo de inspeção para que seja utilizada como prova.

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo alegado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 5.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura liquidação, assim como o direito de contestar, caso descreva do seu conteúdo.

— 10 —

| | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|--|---|--------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| 25 - Estado Civil da Vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no civil) | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> Separado (legalmente) | <input type="checkbox"/> Divorciado | 26 - Padrão de Vida da Vítima: | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima: | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar: | 30 - Vítima deixou: | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima: | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar: | 33 - Vítima deixou: |
| <input type="checkbox"/> Vivos | <input type="checkbox"/> Falecidos | 31 - Vítima: | <input type="checkbox"/> Vivos | <input type="checkbox"/> Falecidos | 33 - Vítima: | <input type="checkbox"/> Vivos | <input type="checkbox"/> Falecidos | |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro CPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da multa prevista no artigo 7º do Código Penal.

34
LAFABRIZADU

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

36 - CPE (aceitado de quem assina a rogo/a pedido)

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

40 - Local Data,

43. Assinatura do último beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AB - Autenticação do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Produtor (se houver)

SCREENINGS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

801936.814-68 Aldair Souza Freire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO: 0001

5 - Nome completo: **Edilaine Soeza Freire** 6 - CEP: **822934814-68**
7 - Profissão: **Enfermeira** 8 - Endereço: **Rua 26 de Maio, 1000, Centro, Tumbáu** 9 - Número: **6** 10 - Complemento: **Garagem**
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Tumbáu** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55870-000**
15 - E-mail: **edilaineso@bolmail.com** 16 - Tel. (DDD): **(81) 99116-2948**

DADOS CADASTRais

| | | |
|---|----------------------------------|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | | |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sumarize para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Assinale os bancos) Nome do BANCO: <u>Bradesco</u> | | |
| AGENCIA: <u>0000000000000000</u> CONTA: <u>12593</u> 8 <small>(Informar o dígito de verificação)</small> | | |

Autorize a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

ESTRATEGIA DE MANAJEAMIENTO INTEGRAL PARA COBERTURA DE SUSCRIPCIONES PERSONALIZADAS

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

2.º PÁGINA DE FOLHA DE PAGAMENTO: FOLHA DE PAGAMENTO SOMENTE PARA CORRETORA DE MORTOS.

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|---|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 25 - Estado Civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (não viu) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado (não viu) | <input type="checkbox"/> Viúvo | 26 - Padrão de vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (não viu) | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | | |
| 28 - Vítima tinha filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar vivos: | Falecidos: | 30 - Vítima deixou marido (ou namorado)? | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: | Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indemnização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, além da multa prevista na legislação.

34
ALFABETIZADAS

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

36 - CPE (aceitável de quem assina a rogo/a pedido)

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

40 - Local Data,

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

AB - Autenticação do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11. [Privacy Policy](#)

ESTER MUNHAUS

UPA 24h

TIMBAÚBA

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

DATA: 12/07/2019 HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N.º DO REGISTRO

N.º PRONTUÁRIO 109

Nome: Adelai de Souza Freire

Sexo: M Data Nasc: / / Idade: / /

Carão S/S

Nome da mãe: Maria de Siqueira de Souza Freire

Lugar nasc.: Quelônio N.º

Completo: Adelai de Souza Freire End.: Centro

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () 21

Resid. de Colaborador: Sim

2- ANAMNESE:

3- SSVV: FC PA RR Classif: SAO2 HGT: 15

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () CRMUS 15 AGO 2019

Hipótese Diagnóstica:

Conduzir: () Adm. () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora: / / as / / h. Alta referido para: UBS ()

() Óbito () Carta Unidade de Urgência () Repetição

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Tedilie M. da Costa Silva
FNC em Emergência

COREN-PE 297.009 16.533409-00000-17 LBI. SE 2016443

De: 2019-07-12 13:50:00

UPA 24h

TIMBAÚBA

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA

DATA: 12/07/2019 HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ N.º DO REGISTRO

N.º PRONTUÁRIO 109

Nome: Adelai de Souza Freire

Sexo: M Data Nasc: / / Idade: / /

Carão S/S

Nome da mãe: Maria de Siqueira de Souza Freire

Lugar nasc.: Quelônio N.º

Completo: Adelai de Souza Freire End.: Centro

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () 41 3212-1010

Residência do Colaborador:

2- ANAMNESE:

3- SSVV: FC PA RR Classif: SAU2 HGT: 15

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () CRMUS 15 AGO 2019

Hipótese Diagnóstica: Obstrução intestinal CID: Gripe e Sarampo

Conduzir: () Adm. () Observação () Alta Hospitalar Médico: Adm. de Emergência

Saída: Data/Hora: / / as: 13:50 h. Alta referido para: UES ()

() Óbito: () Carta Unidade de Urgência () Repatriado

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Adelai de Souza Freire
Técnico M. de Costa Silva
Téc. em Enfermagem

COREN-PE 207.004 16.533409-00000-17 LEP. SE 2016443

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01877-5

CONTA: 000000012593-8

Nr. Autenticação

BRADESCO22112019050000000002370187700000012593168750 PAGO



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DA FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0006943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

| DATA DE NOTA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO | VALOR |
|--------------|-----------------|--------------------|-------------------|-------|
| 06/05/2019 | UNICA | 12/07/2019 | | |
| 12/07/2019 | 2000211936 | 30/07/19 | | |
| | | | | 55,74 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

| CONTA CONTRATO | MES ANO |
|--------------------|------------|
| 0492830020 | 07/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/07/2019 |
| DATA DE PAGAMENTO | 14/08/2019 |
| | 55,74 |

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira
Contrib. ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção- CDE-NF 061888836-14/05/19
Multa por atraso-NF 061888838-14/05/19
Juros por atraso-NF 061888838-14/05/19
Atualização IGPM-NF 061888836-14/05/19
PRÓ-CRIANÇA- (081)3412-8980 0800 031 8889
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10.438/2002

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 30.0000000 | 0,19218255 | 5,78 |
| 70.0000000 | 0,32945580 | 23,08 |
| 13.0000000 | 0,48418870 | 8,42 |
| | | 0,91 |
| | | 16,28 |
| | | 0,82 |
| | | 1,83 |
| | | 1,11 |
| | | 0,82 |
| | | 0,98 |
| | | 1,23 |

15 AGO 2019
Gente G101
Av. Bai Barba, nº 713, Loja 3
Olaria - Recife / PE - CEP: 52015-010

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 10/08/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NÚMERO DE DOCUMENTO: 102005650

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: GARCÍA

SEGUNDO APELLIDO: GARCÍA

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1978

LUGAR DE NACIMIENTO: CORDOBA

ESTADO: MEXICO

COL.:

COLONIA:

DEPARTAMENTO:

SECTOR:

CUARTO:

QUINTO:

SEXTO:

SEPTIMO:

OCTAVO:

NOVENO:

DÉCIMO:

DÉCIMO PRIMER:

DÉCIMO SEGUNDO:

DÉCIMO TERCER:

DÉCIMO CUARTO:

DÉCIMO QUINTO:

DÉCIMO SESTO:

DÉCIMO SÉPTIMO:

DÉCIMO OCTAVO:

DÉCIMO NINÉS:

DÉCIMO DÉCIMO:

DÉCIMO DÉCIMO PRIMER:

DÉCIMO DÉCIMO SEGUNDO:

DÉCIMO DÉCIMO TERCER:

DÉCIMO DÉCIMO CUARTO:

DÉCIMO DÉCIMO QUINTO:

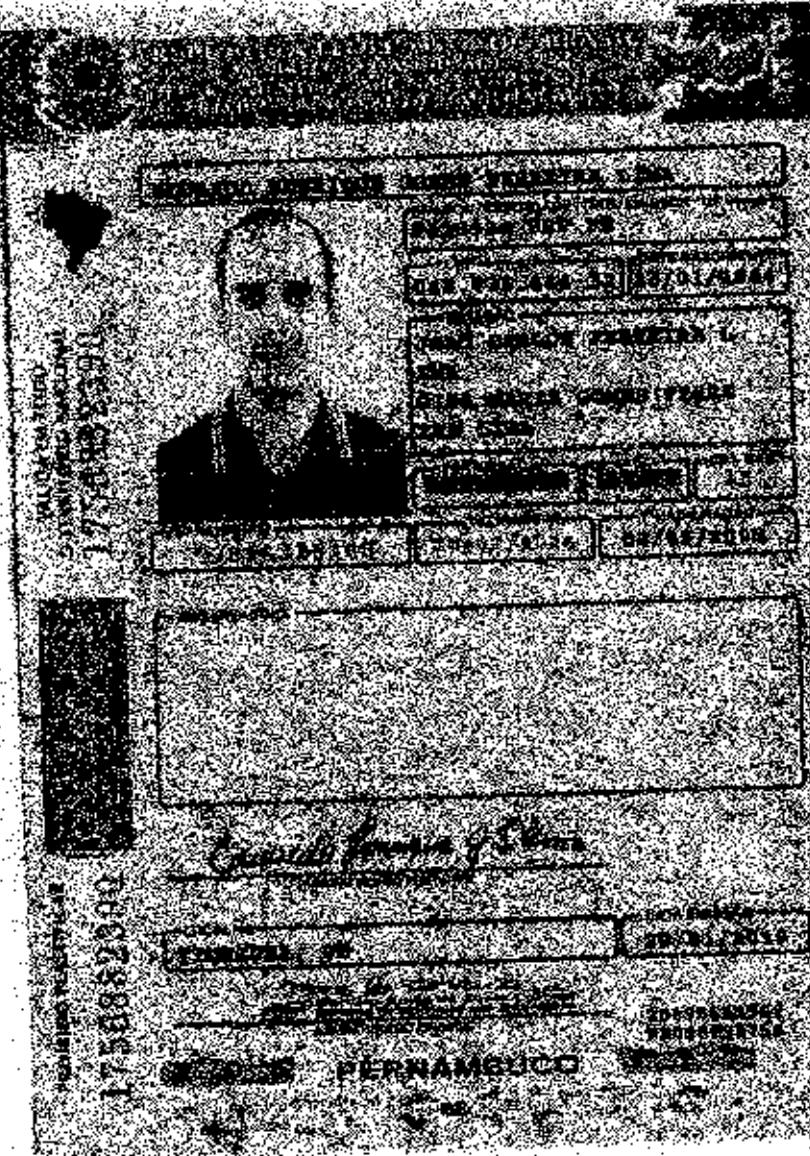
DÉCIMO DÉCIMO SESTO:

DÉCIMO DÉCIMO SÉPTIMO:

DÉCIMO DÉCIMO OCTAVO:

DÉCIMO DÉCIMO NINÉS:

DÉCIMO DÉCIMO DÉCIMO:





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DA FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0006943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

| DATA DE NOTA | DATA DE EMISSÃO | DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO | VALOR (R\$) |
|--------------|-----------------|--------------------|-------------------|-------------|
| 06/05/2019 | UNICA | 12/07/2019 | | |
| 12/07/2019 | 2000211936 | 30/07/19 | | |
| | | | | 55,74 |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

| CONTA CONTRATO | MES ANO |
|--------------------|------------|
| 0492830020 | 07/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/07/2019 |
| DATA DE PAGAMENTO | 14/08/2019 |
| | 55,74 |

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira
Contrib. ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção- CDE-NF 061888836-14/05/19
Multa por atraso-NF 061888838-14/05/19
Juros por atraso-NF 061888838-14/05/19
Atualização IGPM-NF 061888836-14/05/19
PRÓ-CRIANÇA- (081)3412-8980 0800 031 8989
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10.438/2002

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 30.0000000 | 0,19218255 | 5,76 |
| 70.0000000 | 0,32945580 | 23,08 |
| 13.0000000 | 0,48418870 | 8,42 |
| | | 0,91 |
| | | 16,28 |
| | | 0,82 |
| | | 1,83 |
| | | 1,11 |
| | | 0,82 |
| | | 0,98 |
| | | 1,23 |

15 AGO 2019
Gente G101
Av. Bai Barba, nº 713, Loja 3
Olaria - Recife / PE - CEP: 52015-010

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 10/08/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: BARRIOS

SEGUNDO APELLIDO: GARCIA

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1990

LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

ESTADO: MENDOZA

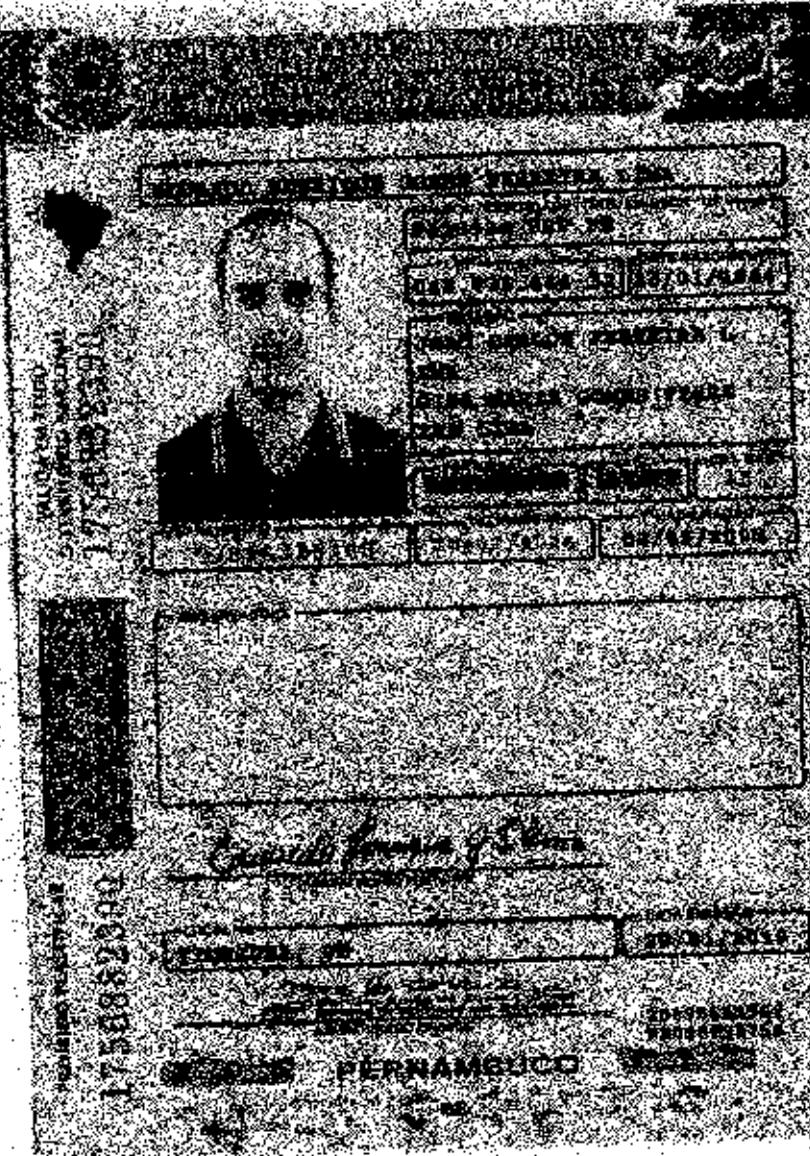
MUNICIPIO: MENDOZA

DIRECCIÓN: CALLE 100

CIUDAD: MENDOZA

PAÍS: ARGENTINA

ESTADO CIVIL: SOLTERO





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0006943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

| DATA NOTA FISCAL | DATA EMISSÃO | DATA VENCIMENTO | DATA PAGAMENTO |
|------------------|--------------|-----------------|----------------|
| 068502394 | ÚNICA | 12/07/2019 | |
| 12/07/2019 | 2000211936 | 30/07/19 | |

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

| CONTA CONTRATO | MES ANO |
|--------------------|------------|
| 0492830020 | 07/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | 19/07/2019 |
| DATA PAGAMENTO | 14/08/2019 |
| | 55,74 |

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira
Contrib. ilum. Pública Municipal
ICMS Subvenção- CDE-NF 061888836-14/05/19
Multa por atraso-NF 061888838-14/05/19
Juros por atraso-NF 061888838-14/05/19
Atualização IGPM-NF 061888836-14/05/19
PRÓ-CRIANÇA- (081)3412-8980 0800 031 8989
Bônus ITAIPU- art 21 da Lei 10.438/2002

| QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------|-------------|-------------|
| 30.0000000 | 0,19218255 | 5,76 |
| 70.0000000 | 0,32945580 | 23,08 |
| 13.0000000 | 0,48418870 | 8,42 |
| | | 0,91 |
| | | 16,28 |
| | | 0,82 |
| | | 1,83 |
| | | 1,11 |
| | | 0,82 |
| | | 0,98 |
| | | 1,23 |

15 AGO 2019
Gente G101
Av. Bai Barba, nº 713, Loja 3
Olaria - Recife / PE - CEP: 52015-010

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 10/08/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NÚMERO DE DOCUMENTO: 102005650

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: GARCÍA

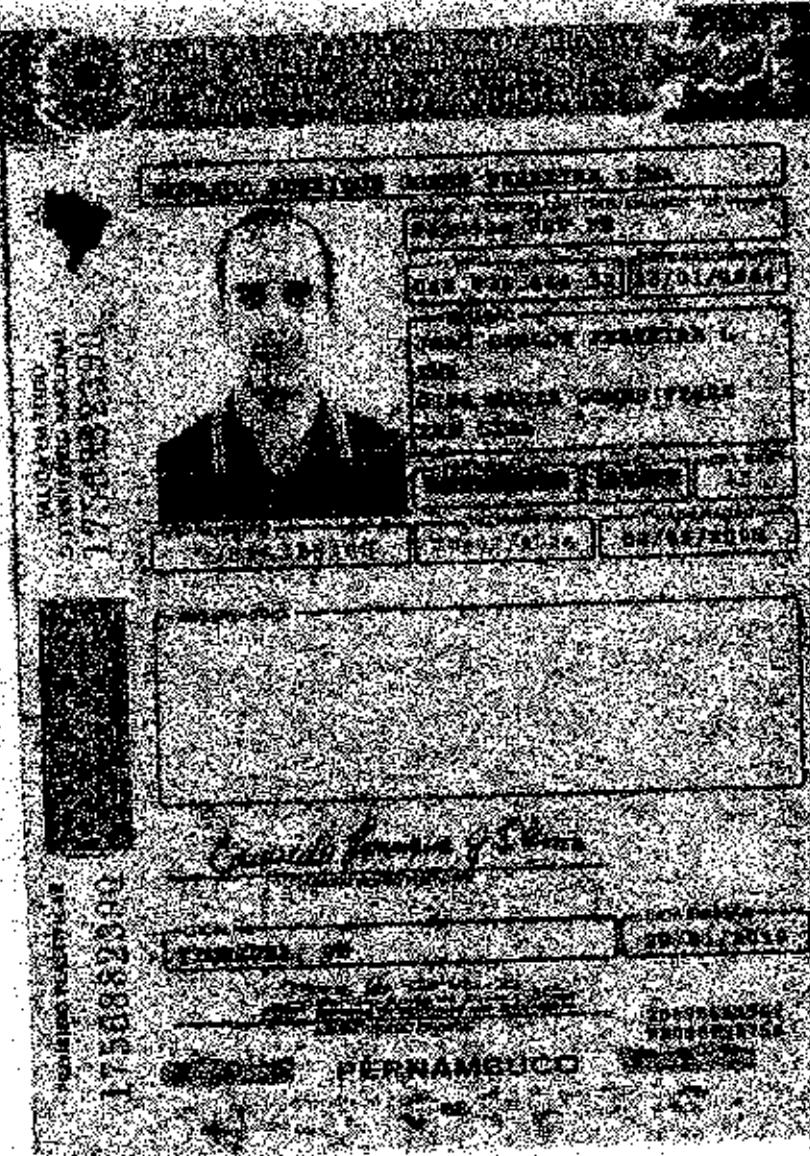
SEGUNDO APELLIDO: GARCÍA

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1990

LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

ESTADO CIVIL: SOLTERO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
 CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo G. G. Brina, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.705.444-132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficiário Alcione Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.934.814-68, da sinistro de DPVAT cobertura Smalidez, da Vítima Alcione Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 812.933.814-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | | | |
|----------|---------------------------------|--------|--------------------------|------------------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Rua General Severo Brina</u> | | Número | <u>123</u> | Complemento | <u>case</u> | |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Timbaúba</u> | | Estado | <u>PE</u> | |
| Email | <u>eholpaal@hotmail.com</u> | | Telefone comercial (DDD) | <u>(81) 99716-7948</u> | | Telefone celular (DDD) | <u>(81) 99716-6662</u> |

Timbaúba, 11 de Agosto de 2019
 Local e Data

15 AGO 2019

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo G. G. Brina, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.705.444-132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficiário Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.934.814-68, da sinistro de DPVAT cobertura Smalidez, da Vítima Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 812.933.814-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | | | |
|----------|------------------------------------|--------|--------------------------|------------------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Rua General Severiano Brina</u> | | Número | 127 | Complemento | <u>case</u> | |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Timbaúba</u> | | Estado | <u>PE</u> | |
| Email | <u>eholpaal@hotmail.com</u> | | Telefone comercial (DDD) | <u>(81) 99716-7948</u> | | Telefone celular (DDD) | <u>(81) 99716-6602</u> |

Timbaúba, 11 de Agosto de 2019
Local e Data

15 AGO 2019

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Eduardo G. G. Brina, inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.705.444-132, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) da Beneficiário Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 822.934.814-68, da sinistro de DPVAT cobertura Smalidez, da Vítima Alcides Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 812.933.814-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | | | |
|----------|------------------------------------|--------|--------------------------|------------------------|-------------|------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Rua General Severiano Brina</u> | | Número | 127 | Complemento | <u>case</u> | |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>Timbaúba</u> | | Estado | <u>PE</u> | |
| Email | <u>eholpaal@hotmail.com</u> | | Telefone comercial (DDD) | <u>(81) 99716-7948</u> | | Telefone celular (DDD) | <u>(81) 99716-6602</u> |

Timbaúba, 11 de Agosto de 2019
Local e Data

15 AGO 2019

Assinatura do Declarante



RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE

Registro: 1090901

Enf: 13

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19

DATA DE SAÍDA: 03/08/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO JOELHO COM 15 DIAS

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26962

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

15 AGO. 2019

Gente de Deus
Av. Rui Barbosa, n° 735 - Lote 6
Graciosa - Recife / PE - CEP: 50111-000



RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE

Registro: 1090901

Enf: 13

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19

DATA DE SAÍDA: 03/08/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

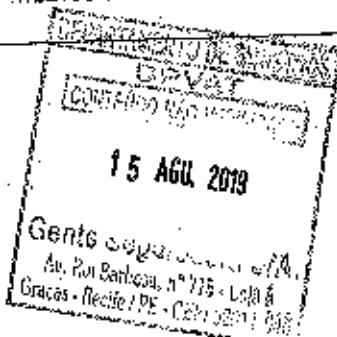
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO JOELHO COM 15 DIAS

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26962

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





Paciente: Aldair Souza Freire
Data: 17/09/2019

Rodolfo Porto

Fisioterapeuta

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Aldair Souza Freire foi admitido no dia 19.08.2019 para atendimento fisioterapêutico com o diagnóstico de Fratura do platô Tibial.

O paciente apresentou-se com edema em MID e refere dificuldade em elevar o MID, falta de força no MID, parestesia em MID e refere Dor EVA (08).

Foram realizadas 13 sessões de fisioterapia, no período de 19.08.2019 à 16.09.2019, aos quais se utilizou de termo terapia, cinesioterapia global, drenagem linfática manual, fortalecimento, exercícios de propriocepção e liberação miofacial como conduta terapêutica.

Durante o tratamento o paciente apresentou boa evolução, sem queixas porem se faz necessário mais sessões de fisioterapia.

Assinatura

Dr. Rodolfo Porto dos Santos
Fisioterapeuta
CREFITO - 245316-F



Rua Avelino Rodrigues, 234, Mocós, Timbaúba-PE



(81) 99671.3414



CREFITO: 245316-F

FICHA DE ATENDIMENTO E URGENCIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBABA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSAO COUTINHO

Hospital do
Centenário
HOSPITAL

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o(a) **Sr.(a) ALDAIR SOUZA**
FREIRE, necessita de 02 dia(s) de repouso para tratamento médico.
CID: TORGAO

Data: 10/10/2013

CRM: 4428
Dr. JORGE VASCONCELOS NEVES

CRM: 4428
Dr. Jorge V. Neves



RESUMO DE ALTA

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE

Registro: 1090901

Enf: 13

Leito: 03

DATA DE ENTRADA: 12/07/19

DATA DE SAÍDA: 03/08/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE ADMITIDO COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO EM 12/07. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM RAFI EM 31/07. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA E RADIOGRAFIA EVIDENCIOU BOA REDUÇÃO. ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA.

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO JOELHO COM 15 DIAS

Mônica Magalhães
Médica
CRM-PE 26962

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

15 AGO. 2019

Gente de Deus
Av. Rui Barbosa, n° 735 - Loja 6
Graciosa - Recife / PE - CEP: 50111-000



Paciente: Aldair Souza Freire
Data: 17/09/2019

Rodolfo Porto

Fisioterapeuta

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o Sr. Aldair Souza Freire foi admitido no dia 19.08.2019 para atendimento fisioterapêutico com o diagnóstico de Fratura do platô Tibial.

O paciente apresentou-se com edema em MID e refere dificuldade em elevar o MID, falta de força no MID, parestesia em MID e refere Dor EVA (08).

Foram realizadas 13 sessões de fisioterapia, no período de 19.08.2019 à 16.09.2019, aos quais se utilizou de termo terapia, cinesioterapia global, drenagem linfática manual, fortalecimento, exercícios de propriocepção e liberação miofacial como conduta terapêutica.

Durante o tratamento o paciente apresentou boa evolução, sem queixas porem se faz necessário mais sessões de fisioterapia.

Assinatura

Dr. Rodolfo Porto dos Santos
Fisioterapeuta
CREFITO - 245316-F



Rua Avelino Rodrigues, 234, Mocós, Timbaúba-PE



(81) 99671.3414



CREFITO: 245316-F

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

Nome: **ALDAIR SOUZA FREIRE**

Dt. Nasc.: 05/03/75 - 38 ano (s)

Mãe: MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE

Endereço: RUA PRACA LINDACI LOPES BARBOSA, nº , BARRO. TIMBAUBA - PE

Data/hora: 21/09/2013 - 11:50

Nº registro: **51461**

Sexo: Masculino

Fone:

Nº pág.: 1/1

FICHA DE ATENDIMENTO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERE TRAUMA EM TNZ ESQUERDO

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ (_____) Temperatura: _____ °
PA: 130 _____ x 100 _____ mmHg HGT: _____ mg/dL

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Resultados de Exames:

Conduta / Evolução do paciente:

Dr. JOYCE FREIRE GONCALVES DE MELO
CRM: 8280

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TIMBAÚBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOÃO COUTINHO

NOME: ALDAIR SOUZA FREIRE
DATA: 18/10/2013

R E C E I T U Á R I O

Fisioterapia analgésica

20 sessões
mialgia pe e tnz esq
cid m 79

Dr. José Gustavo F. Carvalho
Traumato - Ortopedia
Medicina do Trabalho
CRM - PE 16179



Dr. JOSÉ GUSTAVO FREITAS CARVALHO
CRM: 16179

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Adelir Souza Freire Registro: 1050901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

At. médico

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura de tibia D.
em 31. de julho de 2015.
Em recuperação pós-operatória.
CID: S. 82.1.

3

Alexandre Rodrigues
CRM-PE: 8272

Alexandre Rodrigues

Médico-CRM

Data: 12/09/2019

075-HOF

SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Adelir Souza Freire Registro: 1050901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

At. médico

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura de tibia D.
em 31. de julho de 2015.
Em recuperação pós-operatória.
CID: S. 82.1.

3

Alexandre Rodrigues
CRM-PE: 8272

Alexandre Rodrigues

Médico-CRM

Data: 12/09/2019

075-HOF



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

| | |
|---|-----------------------------|
| NOME DO PACIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE | REGISTRO Nº 1090901 |
| CLÍNICO: ORTOPEDISTA | Nº DO LEITO: EMERG |
| OPERADOR: DR JORGE FERRAZ | |
| 1º ASSISTENTE: DR MARCOS HENRIQUES/ DR JORGE FERRAZ | 2º ASSISTENTE: DR JANDERSON |
| INSTRUMENTADOR: | ANESTESISTA: DR LUCIANA |
| ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA | DURAÇÃO: |
| DATA DA OPERAÇÃO: 14/07/19 INÍCIO: FIM: 0 | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA PLATO TIBIAL DIREITO | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA | |

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. VERIFICADO FERIMENTO EM REGIÃO LETERAL DE JOELHO, SUPERFICIAL, SEM INVADIR ARTICULAÇÃO
4. APOSIÇÃO DE FIXADOR TUBO A TUBO TRANSARTICULAR EM JOELHO DIREITO
5. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO POR FLUOROSCOPIA
6. DRENAGEM DE DERRAME ARTICULAR DE JOELHO DIREITO, COM SAÍDA DE CERCA DE 80ML DE SECREÇÃO HEMÁTICA
7. CURATIVO
8. À SR

ORTOMÉDICA

01 FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO

Janderson Carvalho
Médico
CRM-PE 427896-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

CLÍNICA:

Aldair Souza Frreira

ENF.:

LEITO:

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|----------|------|--|
| | | • G.R. Consciente, orientado, eufônico, AVP MSB, curativo generoso em M.D. profundo da ferida. |
| 01/08/19 | | Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada cinesioterapia ativo-assistida M.D. isométrica gds/ glúteos; bomba tibio-tarsica sente forte p/ mobilizar joelho D. |
| 02/08/19 | | Fisioterapia Motora 030205001-9, Paciente relata o pior momento de quadriplegia, sombreado tímido R/mio, flexão e extensão de articulações de joelho D com auxílio. Depois conclusão de movimentação de M.D no leito. |
| 03/08/19 | | Fisioterapia motora (030205005-9) Realizada cinesioterapia ativo assistida M.D; isometria de glúteos e gds + BPI + OR. |
| 03/08/19 | | Paciente endereçado, consciente, orientado, eufônico, diuso nos VO AVB em MSB, eliminação urinária e fecal e coss. morto-res. 2º DPO curado em M.D. relaxado, A.S. conduto uretrico |



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE Idade: 44 Anos 4 Meses 7 Dias Nasc. 05/03/1975
Sexo: MASCULINO CNS: 703302244042010 Contatos: 81. 73244890 | Celular: 81.
Mãe: MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE
Endereço: PRACA SIQUEIRA CAMPOS , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TIMBAUBA - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 12/07/2019 21:21

Prontuário: 1090901

Nº. Atendimento: 3354138

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Admissão

— **Queixa Principal** —

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

— **História Clínica** —

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

— **Exame Físico** —

AME: DOR EDEMA LIMIT DE MOV EM MID . BOA PERFUSAO DISTAL SEM DEFICIT NEUROLOGICO EM MID

— **Observações** —

RAD JOELHO D E BACIA

— **Conduta** —

INTERNAMENTO HOSPITALAR P PROCEDIMENTO CIRURGICO

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA - CRM: NP.11581

Dr. Mauricio de M. 2019 10/07/2019
Ortopedista Traumatologista
CRM 11581 TEF: 7346

2019/07/12
CADAVERICO
SAÚDE



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ALDAIR SOUZA FREIRE Idade: 44 Anos 4 Meses 7 Dias Nasc. 05/03/1975
Sexo: MASCULINO CNS: 703302244042010 Contatos: 81. 73244890 | Celular: 81.
Mãe: MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE
Endereço: PRACA SIQUEIRA CAMPOS , N.º 0 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: TIMBAUBA - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 12/07/2019 21:21

Prontuário: 1090901

Nº. Atendimento: 3354138

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA

Admissão

— **Queixa Principal** —

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

— **História Clínica** —

DOR EM JOELHO DIR APOS COLISAO MOTO X MOTO HA +-9H

— **Exame Físico** —

AME: DOR EDEMA LIMIT DE MOV EM MID . BOA PERFUSAO DISTAL SEM DEFICIT NEUROLOGICO EM MID

— **Observações** —

RAD JOELHO D E BACIA

— **Conduta** —

INTERNAMENTO HOSPITALAR P PROCEDIMENTO CIRURGICO

MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA - CRM: NP.11581

Dr. Mauricio de M. 2019 10/07/2019
Ortopedista Traumatologista
CRM 11581 TEF: 7346

2019/07/12
CADAVERICO
SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL

06R-38

POLÉGAR DIREITO



Adair Sampaio
ADAIR SAMPAIO
TITULAR

15 AGO 2010

Genis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CRM

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

« ALDAIR SOUZA FREIRE »

FILIAÇÃO

« ADALMIR FREIRE DA SILVA »

« MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE »

NATURALIDADE

TIMBÁUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

« CC 5594 L E 1 LF 142 V CART 10 DIST

TIMBÁUBA-PE 15.12.1999 »

CPF

322.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/09/83

F-29 56.312 - 432

15 AGO. 2019

Gento Leal
Av. Rui Barbosa, nº 735, 1035
Gracás - Recife / PE, CEP: 50.110-000

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 10/08/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: BARRIOS

SEGUNDO APELLIDO: GARCIA

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1990

LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

ESTADO: MENDOZA

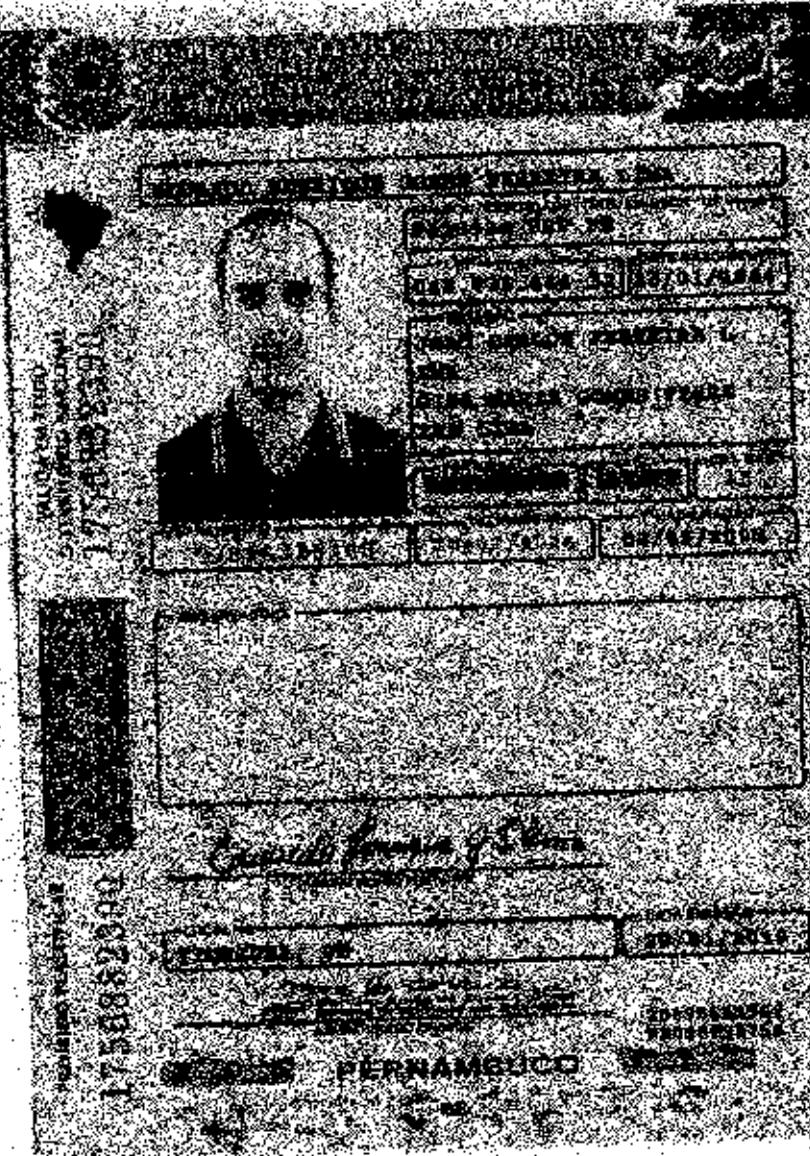
MUNICIPIO: MENDOZA

DIRECCIÓN: CALLE 100

CIUDAD: MENDOZA

PAÍS: ARGENTINA

ESTADO CIVIL: SOLTERO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL

06R-38

POLÉGAR DIREITO



Adair Sampaio
ADAIR SAMPAIO
TITULAR

15.06.2010

Genis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CRM

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

« ALDAIR SOUZA FREIRE »

FILIAÇÃO

« ADALMIR FREIRE DA SILVA »

« MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE »

NATURALIDADE

TIMBÁUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

« CC 5594 L E 1 LF 142 V CART 10 DIST

TIMBÁUBA-PE 15.12.1999 »

CPF

322.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/09/83

F-29 56.312 - 432

15 AGO. 2019

Gento Leal
Av. Rui Barbosa, nº 735, 1035
Gracás - Recife / PE, CEP: 50.110-000

CEPE

FECHA DE EXPEDICIÓN: 10/08/2019

FECHA DE VENCIMIENTO: 10/08/2020

TIPO DE DOCUMENTO: DNI

NOMBRE: GENTIL

PRIMER APELLIDO: BARRIOS

SEGUNDO APELLIDO: GARCIA

SEXO: F

FECHA DE NACIMIENTO: 10/08/1990

LUGAR DE NACIMIENTO: MENDOZA

ESTADO: MENDOZA

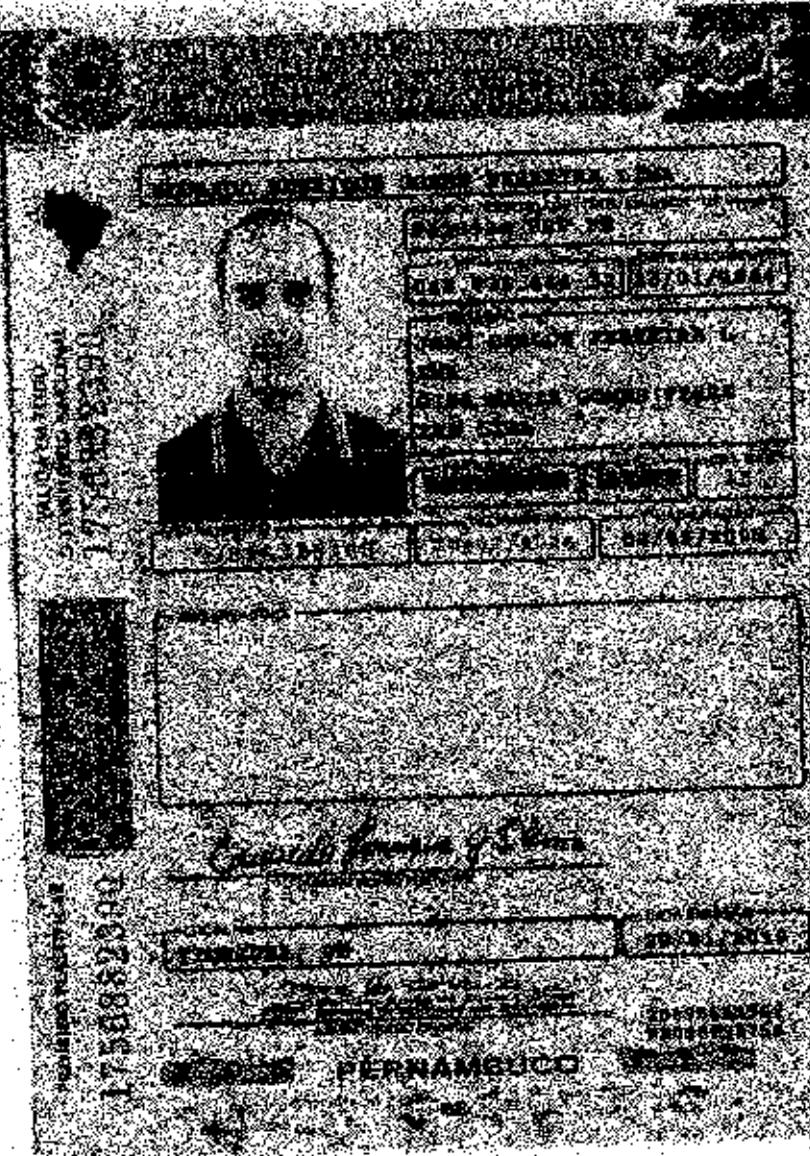
MUNICIPIO: MENDOZA

DIRECCIÓN: CALLE 100

CIUDAD: MENDOZA

PAÍS: ARGENTINA

ESTADO CIVIL: SOLTERO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL

06R-38

POLÉGAR DIREITO



Adair Sampaio
ADAIR SAMPAIO
TITULAR

15.01.2010

Genis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CRM

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

« ALDAIR SOUZA FREIRE »

FILIAÇÃO

« ADALMIR FREIRE DA SILVA »

« MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE »

NATURALIDADE

TIMBÁUBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

« CC 5594 L E 1 LF 142 V CART 10 DIST
TIMBÁUBA-PE 15.12.1999 »

CPF

322.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.110 DE 29/09/83

F-29 56.312 - 432

15 AGO. 2019

Gento Leal
Av. Rui Barbosa, nº 735, 1035
Gracás - Recife / PE, CEP: 52110-000