

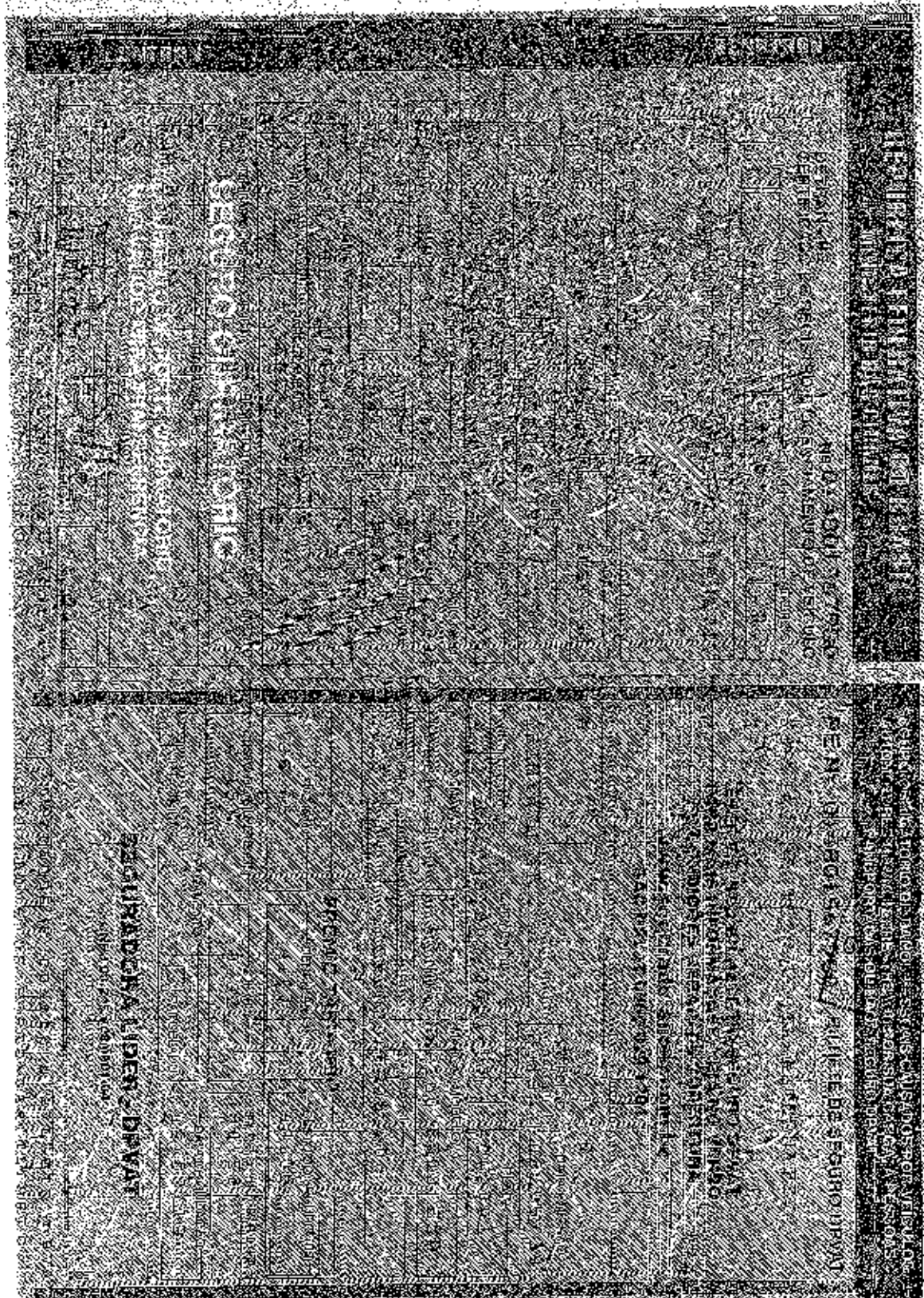
SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

SECRETARIA DE DEFENSA

ARTAMENTO DE DEFENSA
SECRETARIA DE DEFENSA
5 AGO. 2019
Seguros S/A.
No. 715 - Loja 5
C.E. 52111-000

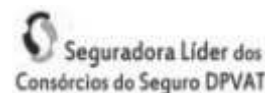


SECRETARIA DE DEFENSA

SEGURADORA LIDER PRIVAT

RTAMENTO DE SINISTRO
OSVAT
5 AGO. 2019
Seguradora S/A.
CNPJ nº 715 - Loja 5
CEP - CEP 52011-000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

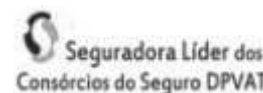
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelly 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: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Liridacy Lopes Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira 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/ julho de 2019

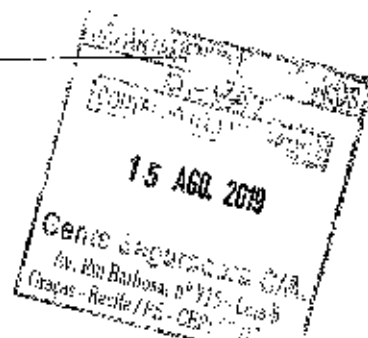
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 14 de agosto de 2019.

Aldair Souza Freire
(Reconheça por autenticidade)

Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Liridacy Lopes Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira 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/ julho de 2019

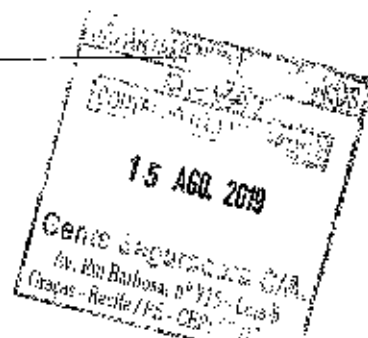
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 14 de agosto de 2019.

Aldair Souza Freire
(Reconheça por autenticidade)

Testemunha I.

Testemunha II.



PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL

Outorgante: Aldair Souza Freire, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF de nº. 822.934.814-68, residente e domiciliado na Rua Lúcia Lages Barbosa, nº 6, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000.

Outorgado: Eduardo Henrique Gomes Ferreira 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/ julho de 2019

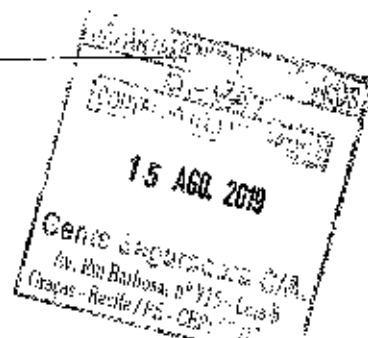
Natureza: Invalidez.

Timbaúba, 14 de agosto de 2019.

Aldair Souza Freire
Reconheço 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

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

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

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0397190/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340840/19

Vítima: ALDAIR SOUZA FREIRE

CPF: 822.934.814-68

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDAIR SOUZA FREIRE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR, TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: Conta:

Autorizo a Seguradora Líder 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, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentação do Laudo Médico Legal (IML) para análise pericial pelo Perito Sênior, em razão da ausência de perícias realizadas pelo IML, para fins de cobertura de indenização por invalidez permanente.

☒ 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.

Por motivo acima, 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 Lei 5.154/74, art. 3º, § 1º, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (p.c.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (ou esposa)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente, de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Informações digitais da vítima ou beneficiário não alteradas 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 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Local e Data: 45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 46 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Local e Data: 49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 50 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 51 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

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 THRU

08/22

1877 5

0012593 8 01

00

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

DIGIT

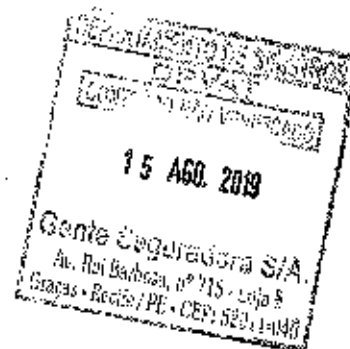
CONTA

DIG VIA

TIPO

ALDAIR SOUZA FREIRE

elo



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentação laudo do Instituto Médico Legal (IML) para análise pericial em razão de qualquer motivo, sendo que a presente declaração é feita por mim ou por representante legal da vítima.

- ☒ 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, 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 Lei 5.154/74, art. 3º, § 1º, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - País de origem da vítima:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (ou esposa)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

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

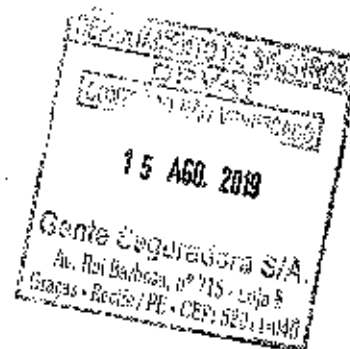
VALID THRU

08/22 1877 5 0012593 8 01 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DIGIT CONTA DIG VIA TIPO

ALDAIR SOUZA FREIRE

elo



14/08/2019 10:12



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136001427

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 91, 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 Nã: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FREIRE DA SILVA Data de Nascimento: 5/5/1979
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

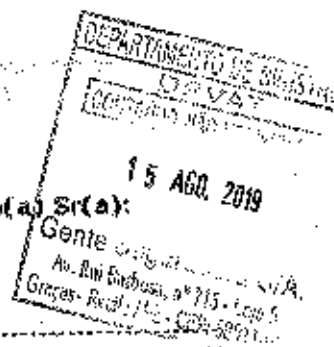
**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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 IBIMIRIM, - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

UMA MOTO 125 CCM (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERVIÇO DE



im de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infpol/am/BOEFreeiew.html

TECNOLOGIA ALTERNATIVO, que estava em posse da(s) Sr(a): **ALBAIR SOUZA FREIRE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA** NÃO INFORMADO Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW3741 (PERNAMBUCO/BIMIRIM)**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

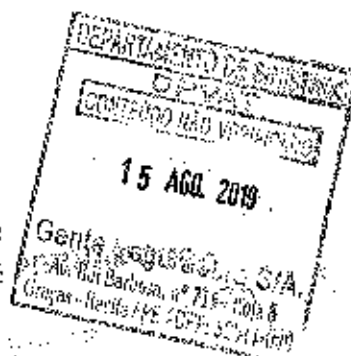
Complemento / Observação

COMPARECEU ALBAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO SHOPPING DO DÃO EM TIMBAÚBA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, "TRANSOU" O SEU VEÍCULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA QUEDA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TIMBAÚBA-PE, E DEPOIS PARA O GTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

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

ALBAIR SOUZA FREIRE
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **206970-8**



POLÍCIA CIVIL DE
CASA DE PASSADOURO

14/08/2019 10:12



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0136001427

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

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

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 91, 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 Nã: MARIA DA
SOLDADE SOUZA FREIRE Pai: ADALMIR FREIRE DA SILVA Data de Nascimento: 5/5/1979
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

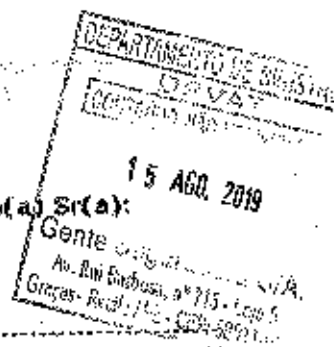
**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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 IBIMIRIM, - CEP: 55000-000 - Bairro:
CENTRO - IBIMIRIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

UMA MOTO 125 CCM (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SERVIÇO DE



im de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infolp/alm/BOEFreeiew.html

TECNOLOGIA ALTERNATIVO, que estava em posse da(s) Sr(a): **ALBAIR SOUZA FREIRE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA** NÃO INFORMADO Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCW3741 (PERNAMBUCO/BIMIRIM)**

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

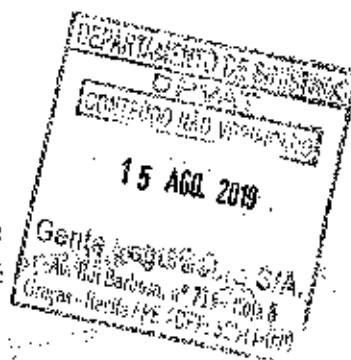
Complemento / Observação

COMPARECEU ALBAIR SOUZA FREIRE, PARA RELATAR O SEGUINTE: QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUPRACITADA MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO SHOPPING DO DÃO EM TIMBAÚBA - PE, QUANDO UMA OUTRA MOTO CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO QUE SE EVADIU DO LOCAL, "TRANSOU" O SEU VEÍCULO, VINDO A PERDER O CONTROLE DO MESMO, E CONSEQUENTEMENTE SOFRER UMA QUEDA, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS INICIALMENTE PARA A UPA DE TIMBAÚBA-PE, E DEPOIS PARA O GTÁVIO DE FREITAS NO RECIFE, ONDE PASSOU POR CIRURGIA DEVIDO A UMA FRATURA ÓSSEA.

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

ALBAIR SOUZA FREIRE
(VÍTIMA)

S.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **206970-8**



POLÍCIA CIVIL DE
SECRETARIA DE SEGURANÇA
DO GOV. DO PERNAMBUCO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

822.934.814-68

4 - Nome completo da vítima:

Idair Souza Greire

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Idair Souza Greire

6 - CPF:

822.934.814-68

7 - Profissão:

recuse

8 - Endereço:

Rua Bandeira Lopes Barboza

9 - Número:

6

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Jumbato

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55870-000

15 - E-mail:

eholp@outlook.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 99216-7948

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR, TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)

Nome do BANCO:

Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1877

6

CONTA:

12593

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentação laudo do Instituto Médico Legal (IML) para análise pericial em razão de qualquer motivo, sendo que a presente declaração é feita por mim ou por representante legal, e não por terceiros.

☒ 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, 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 Lei 5.154/74, art. 3º, § 1º, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (p.c.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data da morte:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

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

30 - Vítima deixou maxilar (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

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

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Jumbato, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 1877 6 CONTA: 12593 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há impossibilidade de apresentação laudo do Instituto Médico Legal (IML) para análise pericial em razão de qualquer motivo, sendo que a presente declaração é feita por mim ou por representante legal da vítima.

- ☒ 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.

Por motivo acima, 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 Lei 5.154/74, art. 3º, § 1º, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - País de origem da vítima:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou marido (ou esposa)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou, cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha 1ª

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha 2ª

40 - Local e Data, 14/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



TIMBAUEA
 1953

DATA: 17/07/2019 HORA: 13:23

DATE 12-7-2019

HORA: 13:23

Nº PRONTUARIO 109

NOTE: Aldon Laine & Irene

Case: 01-10000 Doc#: 10000-1 Page: 10000-10000

Nome da mãe: M. da S. de Souza Freire

Nome da obra: Processo Administrativo

Logradouro: _____ Bairro: _____
Comunidade: _____ Bairro: _____

Compte: 1000 UF: 1000 Telephone: () 21

Política de Colaboración

2. ANAMNESIS.

4 105VV: EC PA PE Chicago Sat02 HOT

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

History: During 1961

Conduza: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Conduza: _____
Saída: Data: _____ às _____ h. Alta referido para: _____
A _____

Saída: Data: _____ Hora: _____
() Óbito : Casa: Unidade de Urgência : Especialidade: _____

5. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 997.008

COREN PE 997-099



TIMBAUEA

U.S. DEPARTMENT OF STATE

DATE 2-7-2019

HORA: 13:23

Nº PRONTUARIO 109

NOTE: Aldon Laine & Irene

Case: 01-10000 Doc#: 10000 Filed: 01/10/01 Page: 1 of 1

Nome da mãe: M. da S. de Souza Freire

Nome da rua: Rua Landeys

Correspondência: Centro

Completar: _____
Município: Aracaju UF: SE Telefone: () 21

Política de Colaboração

2. ANAMNESIS.

4 105VV: EC PA PE Chicago Sat02 HOT

4. EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Citos

History Department

Conduza: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Conduza: _____
Saída: Data: _____ às _____ h. Alta referido para: USE ()

☐ Óbito ☒ Casa-Única de Urgência ☐ Especialidade

5. PRESCRIPÇÃO MÉDICA

Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 997.098

Page 10 of 10

COREN EE 99-008
Date Rec'd: 10/16/99
Time Rec'd: 10:13 AM
By: [illegible]
File No: 10-133423-0000-77
ST JAY 0443



TIMBAUEA
 1954

DATA: 17/07/2019 HORA: 13:23

DATE 12-7-2019

HORA: 13:23

Nº PRONTUARIO 109

NOTE: Aldon Laine & Irene

Case: 01-10000 Doc#: 10000 Filed: 01/10/01 Page: 1 of 1

Nome da mãe: M. da S. de Souza Freire

Nome da obra: Processo Administrativo

Logradouro: _____ Bairro: Centro

Compte: 1000 UF: 1000 Téléphone: () 21

Política de Colaboración

2. ANAMNESIS.

4 105VV: EC PA PE Chicago Sat02 HOT

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

History: During 1961

Conduza: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Conduza: _____
Saída: Data: _____ às _____ h. Alta referido para: _____
A _____

Saída: Data: _____ Hora: _____
() Óbito : Casa: Unidade de Urgência : Especialidade: _____

5. PRESCRIPCION MEDICA

Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 997.008

COREN PE 997-099

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

BRDESCO2211201905000000000023701877000000012593168750 PAGO

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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

N.º DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
068502394	UNICA	12/07/2019
APRESENTAÇÃO	PRODUTOS	N.º DA INSCRIÇÃO
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0492830020	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE INSCRIÇÃO EM FATURA
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,76
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,48419970	8,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,89
Juros por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (081)3412-8880 0800 031 8889			1,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23

15 AGO 2019
Gente Energia
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 3
Graças - Recife / PE - CEP: 520-000

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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

N.º DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
068502394	UNICA	12/07/2019
APRESENTAÇÃO	PRODUTOS	N.º DA INSCRIÇÃO
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0492830020	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO DA FATURA
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,76
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,48419970	6,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,83
Juros por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (081)3412-8880 0800 031 8889			1,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23

15 AGO 2019
Gente
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 3
Graças - Recife / PE - CEP: 520-000

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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

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

DADOS DO CLIENTE

SANDRA MARIA GUEDES FREIRE

CPF: 822.968.394-87 NIS: 13067882457

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PC LINDACY LOPES BARBOSA 6

CENTRO/TIMBAUBA
TIMBAUBA PE
55870-000

N.º DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
068502394	UNICA	12/07/2019
APRESENTAÇÃO	PRODUTOS	N.º DA INSCRIÇÃO
12/07/2019	2000211936	3870111

CONTA CONTRATO	MES/ANO
0492830020	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIO DA FATURA
19/07/2019	14/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	55,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,19218255	5,76
Consumo Ativo Superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,32945580	23,06
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	13,0000000	0,48419970	8,42
Acréscimo Bandeira Amarela			0,91
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,28
ICMS Subvenção - CDE - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
Multa por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,89
Juros por atraso - NF 061888836 - 14/05/18			1,11
Atualização IGPM - NF 061888836 - 14/05/18			0,82
PRÓ-CRIANÇA - (081)3412-8880 0800 031 8889			1,98
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,23

15 AGO 2019
Gente Energia
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 3
Graças - Recife / PE - CEP: 520-000

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 F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.705.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aldair Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Smalidez da Vítima
Aldair Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

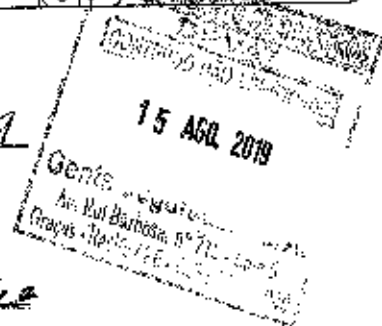
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço Informado.

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

Endereço <u>Rua Generalo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55810-000</u>
Email <u>eholpaxal@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 997167948</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 997167948</u>

Imbaíba 14 de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
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 F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.785.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aldair Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Doença da Vítima
Aldair Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

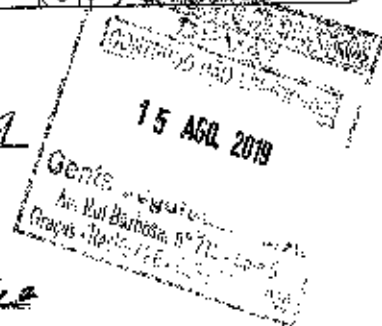
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço Informado.

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

Endereço <u>Rua Generalo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55810-000</u>
Email <u>eholpaxal@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 997167948</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 997167948</u>

Imbaíba 14 de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
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 F. G. Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.705.444 / 32
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Aldair Souza Freire inscrito
(a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Smalidez da Vítima
Aldair Souza Freire, inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.934.814 / 68 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

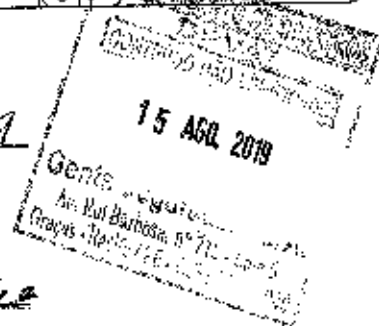
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço Informado.

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

Endereço <u>Rua Generalo Ferreira Lima</u>		Número <u>127</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Imbaíba</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55810-000</u>
Email <u>eholpaxal@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 997167948</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 997167948</u>

Imbaíba 14 de Agosto de 2019
Local e Data

Eduardo F. G. Lima
Assinatura do Declarante





TIMBAUEA
 1954

DATA: 17/07/2019 HORA: 13:23

DATE 12-7-2019

HORA: 13:23

Nº PRONTUARIO 109

NOTE: Aldon Laine & Irene

Case: 01-10000 Doc#: 10000 Filed: 01/10/01 Page: 1 of 1

Nome da mãe: M. da S. de Souza Freire

Nome da rua: Rua Landaeus

Logradouro: _____ Bairro: Centro

Correspondence: _____
Municipality: Amorim UF: PE Telephone: () 21

Política de Colaboração

2. ANAMNESIS.

4 15VV:2 EC PA PR Glasgow Sat02 HGT

4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: () Laboratorio () Radiológico () ECG () Otros

History: During 1961

Conduzir: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Conduza: _____
Saída: Dia: _____ às _____ h. Alta referido para: _____
A _____

Saída: Data: _____ Hora: _____ em _____

() Óbito : Centro Unidade de Urgência : ☒ Especialidade: _____

5. PRESCRIPÇÃO MÉDICA:

Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 997.008

[illegible]

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
DPV-A
RECEBIDO NO DIA 10/05/2000

15 AUG 2039

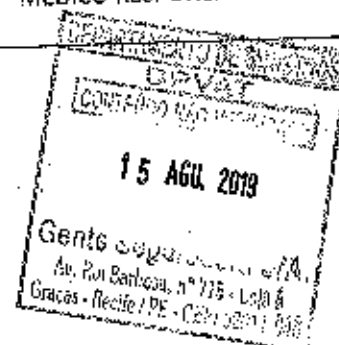
Gente Seguros S/A.
Av. R. D. Carneiro, n. 755 - 2.º andar
Graciosa - Recife / PE - CEP: 51.010-000

	SES	
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500		

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 MOTOCICLISTICO 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 <i>(Assinatura)</i>
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	





TIMBAUEA
 1953-1954

DATE 12-7-2019

HORA: 13:23

Nº PRONTUARIO 109

NOTE: Adrian Payne & Co

Case	12	Sex	M	Date Recd.	1/1/58	Id	12
------	----	-----	---	------------	--------	----	----

Nome da mãe: M. da S. de Souza Freire

Logradouro: Rua Landaeus Nº 1

Correspondência: Rede de Qualidade - Centro

City: London UP: PE Telephone: () 411

Política de Colaboración

2. ANAMNESIS.

3 05VV:2 EC BA HK Chicago Sat02 HOT

4. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: () Laboratorio () Radiológico () ECG () Otros

History Department

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

Saida: Data: _____ as _____ h. Alta referido para USB ()

Saída: Data: _____
() Óbito : Casa Unidade de Urgência : A Especialidade: _____


5. PRESCRIPCION MEDICA

5- PRESCRICAO DE AGU.
 12/10/1977
 13.50

Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 297.006

CORRECTION

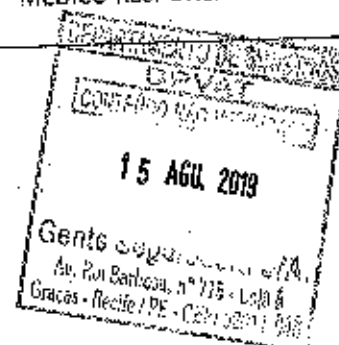
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA
DPV
RECEBIDO em 15/06/2009
CARTAS 15. AGO. 2009
Gente saguara 8/A
Gracas - Beate / PE - CEP: 55011-000

	SES	
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	
	End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500	

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 MOTOCICLISTICO 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	



**Rodolfo Porto**

Fisioterapeuta

Paciente: Aldair Souza Freire

Data: 17/09/2019

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



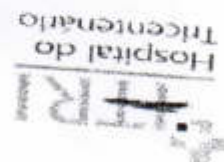
Rua Avelino Rodrigues, 234, Mocós, Timbaúba-PE



(81) 99671.3414



CREFITO: 245316-F



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

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: TORÇAO

Data: 10/10/2013

Dr. Jorge V. Neves
Clínico Geral
CRM 4428

Dr. JORGE VASCONCELS NEVES
CRM: 4428

UPA 24h



TIMBAÚBA

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 02/07/2019

HORA: 13:23

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO 109

Nome: Anderson Souza Freire

Cartão SUS: Sexo: M Data Nasc: / / Idade:

Nome da mãe: M. de S. de S. Souza Freire

Logradouro: Rua Landaeus

Complemento: Bairro/Localidade: Centro

Município: Timbaúba UF: PE Telefone: () N1

Rúbrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

3- SSVV: E.C. PA PM Classific. SatO2 HGT

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

História Diagnóstica:

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

Saida: Data/Hora: / / às h. Alta referido para UBS ()

() Óbito () Casa Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Prescrição médica escrita à mão.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DPV
15 AGO 2019
Gente e equipe de saúde
Grças - Recife/PE - CEP 51.010-010

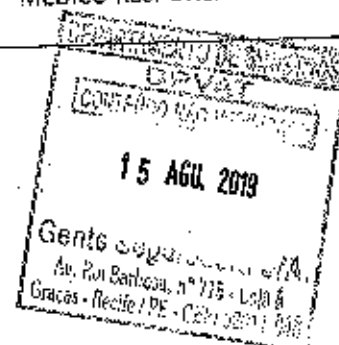
Tatiane M. da Costa Silva
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 997.095

	SES	
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	
	End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500	

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 MOTOCICLISTICO 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 <i>(Assinatura)</i>
MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	



**Rodolfo Porto**

Fisioterapeuta

Paciente: Aldair Souza Freire

Data: 17/09/2019

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

Nº registro: 51461

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

Sexo: Masculino

Mãe: MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE

Fone:

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

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

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

RECEITUÁRIO

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: Aldeir Souza Freire Registro: 1090901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

1º consulta médica

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura da Tíbia D.
em 31 de junho de 2019.
Em recuperação pós-operatória.
CID S. 82.1.

Data: 12/09/2019

Alexandre Rodrigues

Médico-CRM

Alexandre Rodrigues
Ortopedia
CRM-PE: 8272



SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Aldeir Souza Freire Registro: 1090901

Clinica: Ortopedia Procedência: _____

1º consulta médica

Paciente submetido a
Tratamento cirúrgico de
Fratura da Tíbia D.
em 31 de junho de 2019.
Em recuperação pós-operatória.
CID S. 82.1.

Data: 12/09/2019

Alexandre Rodrigues

Médico-CRM

Alexandre Rodrigues
Ortopedia
CRM-PE: 8272



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE		REGISTRO Nº 1090901
CLINICO: 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		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. VERIFICADO FERIMENTO EM REGIÃO LATERAL 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 27896-PE



****SES/FUSAM****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 25/07/19	ATENDIMENTO: 3354-159	REGISTRO: 1030001	SE ORTOGÔNIA
PACIENTE: ALDAIR SOUZA FREIRE	SEXO: M	IDADE: 44	RISCO
CRM: 20385	NOME DO ANESTESISTA: EVERTON ANDRADA	NOME DO CIRURGIÃO: PEDRO FARIAS TORRES	URGÊNCIA: NÃO

CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TÍDIA

HORAS		MINUTOS		DROGAS USADAS		QUANTIDADE
O ₂	→	→	→	Fentanyl (mcg)		20
N ₂ O				midazolam (mg)		2
LIQUIDOS						
SaO ₂	98	99	98			
ETCO ₂						
ECG						
				TÉCNICA ANESTÉSICA		
				- ARA + inome fixo - desoxa 1.50 + monitor - Neofix - suporte nativo		
ANOTAÇÕES						

MONITORIAÇÃO	INTERFERÊNCIA
<input checked="" type="checkbox"/> ARTERIOSCLOD	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO
<input checked="" type="checkbox"/> DIAPHRAGM	<input type="checkbox"/> SIM
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	DESCREVER: #1500 haur #
<input type="checkbox"/> Sonda vesical	OBSERVAÇÃO
<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	
<input type="checkbox"/> TESTE T80 CONDUZ	
<input type="checkbox"/> OUTROS	
<input type="checkbox"/> BIP	ASSINATURA DO ANESTESISTA
<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	
<input type="checkbox"/> EDWARDS	
<input type="checkbox"/> ANALISADOR DE GASES	
<input type="checkbox"/> PWC	
<input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR DE PRESSÃO	
<input type="checkbox"/> Sonda arterial	
<input type="checkbox"/> VOLEMIA INTRAVENOSA	
<input checked="" type="checkbox"/> EXAMENADO	
<input type="checkbox"/> MONITORADO	
<input type="checkbox"/> INTUBADO	
<input type="checkbox"/> DESTINO	
<input checked="" type="checkbox"/> SUPA	
<input type="checkbox"/> APARTE / ENFER	
<input type="checkbox"/> UTI	
<input type="checkbox"/> EXTERNO	
<input type="checkbox"/> RECINTO	

Everson Almeida
CRM - PE 61.115



SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Aldair Souza Freire

CLÍNICA:

ENF.:

LEITO:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

EGR, consciente, orientado, lúcido, AVPMS, curativo renovado em MTD. Reforço da — JAC.

01/08/19 Fisioterapia Motora (030205001-9)

Realizada cinesioterapia ativo-assistida MTD isométrica gds/glúteos; bomba hidro-tússica senta pte de mobilizar joelho D.

02/08/19 Fisioterapia Motora (030205001-9)

Paciente melhora a marcha com auxílio de quadricam e glicos, fortalecimento MTD Rímio, flexão e extensão de articulação de joelho D com auxílio. Repro começo de posicionamento de MTD no leito.

Julia

Julia Rodrigues
Fisioterapeuta
REFITO 20225-F

03/08/19 Fisioterapia motora (030205001-9)

Realizada cinesioterapia ativo assistida MTD; isometria de glúteos e gds + BTI + OR.

Elaine F. de G. Holanda
Fisioterapeuta
REFITO 20225-F

03/08/19

Paciente evolui EGR, consciente, orientado, lúcido, AVPMS, eliminação urinária e fezes espontâneas, 2º DPO curativo em MTD melhora do, A. conduto de diágn.



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

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: Nº.11581

Dr. Mauricio de Miranda Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11581 TEL: 7348

12/29/19
CADASTRO
SAÚDE



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

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: Nº.11581

Dr. Mauricio de Miranda Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11581 TEL: 7348

12/29/19
CADASTRO
SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

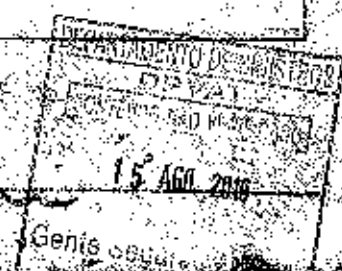
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza
ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

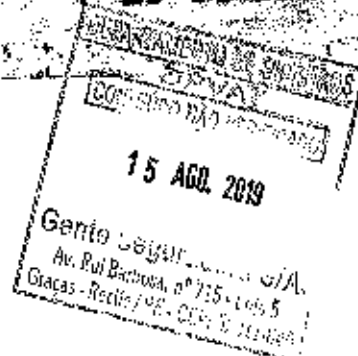
CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

F-29 56 302 - 432



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

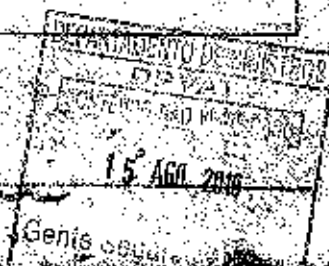
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza Tr...
ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

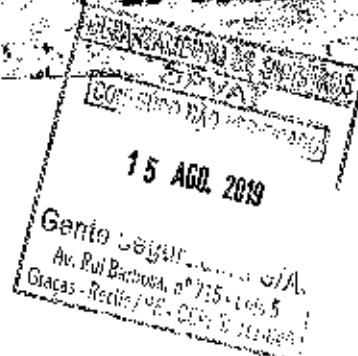
CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116-DE 29/08/83

F-29 56 302 - 432



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

06R-38

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BIRIL



POLEGAR DIREITO



Alcir Senza
ASSINATURA DO TITULAR

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
DE VOTANTES
15 Ago 2010
Genis 08416

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.294.239

DATA DE
EXPEDIÇÃO

05/05/2008

NOME

<< ALDAIR SOUZA FREIRE >>

FILIAÇÃO

<< ADALMIR FREIRE DA SILVA >>

<< MARIA DA SOLEDADE SOUZA FREIRE >>

NATURALIDADE

TIMBAÚBA - PE

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1975

DOC ORIGEM

<< CC.5594 L.B11 F.142V CART 10 DIST
TIMBAÚBA-PE 15.12.1999 >>

CPF

822.934.814-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116-DE 29/08/83

F-29 56 302 - 432

