1

DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS
R PE DIONISIO VAN LILL 199, 199, csa - ITAMBE
ITAMBE - PE
CEP: 55920000

CONTRATO	02100170476465	**CPF**	07385243444
CREDOR	CLARO	**SENHA**	7380899

DEMONSTRATIVO DAS PARCELAS DO ACORDO FIRMADO EM:24/05/2019

Nº	Vencimento	Parcela	IOF + TAC + Boleto	Total	Status	Saldo
1	30/05/2019	71 59	0 00	71 59	Aberto	71 59
TOTAL		**71,59**	**0,00**	**71,59**		**71,59**

Pague sua(s) parcela(s) em dia e em caso de duvida entre em contato conosco atraves dos(s) telefone(s), que teremos a maior satisfação e atende-lo

O PAGAMENTO DESTE BOLETO QUITA A PARCELA Nº 1 DO ACORDO

Boleto no modelo aceito pela conta de consumo [illegible]

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA (POBREZA):

Eu, Diego Armando Silva dos Santos, nacionalidade: Brasileira, estado civil: Casado, profissão: Aux. de Serviços Gerais, portador(a) do RG de nº: 3236008 SSP/PB, bem como, inscrito(a) no CPF/MF de nº: 073.852.434-24. Residente domiciliado(a) à rua: Pedro Dionisio dos Santos, número: 199, cidade de: Itambé-PE, bairro: Salgadeira, CEP: 55920-000. **DECLARO para todos os fins legais, que não possuo condições de arcar com as despesas judiciais e processuais, sem prejuízo de lacerar meu sustento, bem como, o daqueles que me rodeiam. Portanto, necessito da benesse da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, com base na inteligência do art. 5º, LXXIV, da Lei Maior, c/c, art. 98 do CPC/2015[1];** requerendo, por conseguinte, que tal benefício abranja todos os atos do inerente processo.

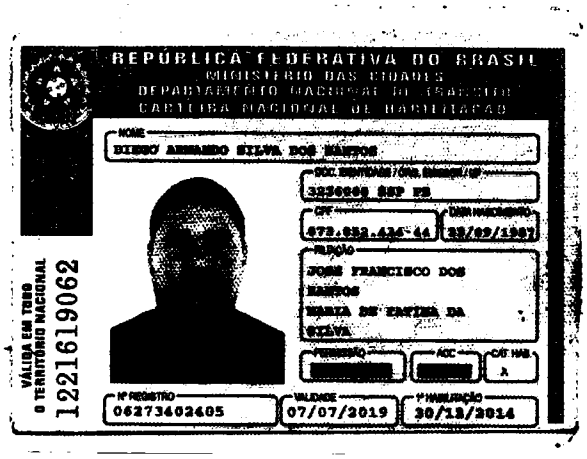
Itambé-PE, em, 10 / Junho / 2019 /

Diego Armando Silva dos Santos

DECLARANTE

[1] **Art. 5º** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: **LXXIV** - o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos;

Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS

SOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
3256869 SSP PB

CPF
072.052.434-44

DATA NASCIMENTO
23/09/1987

FILIAÇÃO
JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS
MARIA DE LOURDES DA SILVA

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06273402405

VALIDADE
07/07/2019

1ª HABILITAÇÃO
30/12/2014

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1221619062

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Diego Armando Silva dos Santos, nacionalidade: Brasileira, estado civil: Casado, profissão: Aux. de Serviço Geral, portador(a) do RG de nº: 3236008 SSP/PB, bem como, inscrito(a) no CPF/MF de nº: 073.852.434-44. Residente domiciliado(a) à rua: Padre Dionizio Van Lill, número: 199, cidade de: Itambé-PE, bairro: Salgadeira, CEP: 55920-000.

OUTORGADO: LUIZ GALBA DE LIMA SOARES, brasileiro, solteiro, ADVOGADO, legalmente inscrito nos quadros da OAB/PB sob nº 26.818, residente domiciliado à rua Padre Dionizil Van Lill, nº 203, Salgadeira, Itambé-PE, CEP: 55920-000.[1]

PODERES: pelo presente instrumento o(a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula *ad-judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, inclusive em qualquer distritos policiais ou órgão da administração pública, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Itambé-PE em, 10 / Junho / 2019 /

Diego Armando Silva dos Santos

OUTORGANTE

[1] As intimações/citações e demais atos de praxe deverão ser direcionados ao endereço *supra* mencionado, muito embora este não seja de caráter "profissional".

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

MIGUEL ARRAES

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Diego Armando dos Santos REG: 10962
IDADE: 9 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 20/06/17 DATA DA ALTA 17/07/17
DIAGNÓSTICO: Fx exp. e + fract. diáfise do fêmur e

TRATAMENTO REALIZADO:

- ORIF c/ placa e parafuso + haste IM de fêmur
- Enxerto dermo-epidérmico

ORIENTAÇÃO:

Não pisar.
Manter gesso.
Controle clínico. Deverá adaptar na wait.
tomar medicações prescritas

retorno c/ 2 semanas.

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(✓) NÃO( )
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dr. Igor Dantas de Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22.842

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

PREFEITURA [illegible]

Secretaria de Saúde

UNIDADE [illegible] DE PRONTO ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENFERMARIA

Cartão SUS:

Nome do Paciente:

Estado Civil: Nome da Mãe:

Endereço:

Bairro:

Data do Atendimento: Hora do Atendimento:

PA: Consulta: PA: PESO: PULSO:

QUEIXA PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO DO SOLO:

( ) Normal ( ) Edema ( ) Varia ( ) Fazia

ENFERMEIRO ENTREVISTADOR:

QUEIXAS/DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO 1: PROCEDIMENTO 03:

PROCEDIMENTO 2: PROCEDIMENTO 04:

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - REMEDIADO
2 - INTERNADO

ENCAMINHADO: REMETA

QUEIXA AS: NO DIA:

DATA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA:

UNIDADE MISTA DE [illegible]

FICHA DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE ACIDE[illegible]

1 - IDENTIFICAÇÃO: DATA DE ATENDIMENTO [illegible]

[illegible] PACIENTE [illegible]

[illegible] NOME DA MÃE [illegible]

[illegible] ENDEREÇO [illegible]

[illegible] DE REFERÊNCIA DA OCORRÊNCIA [illegible]

[illegible] CEP [illegible]

[illegible] Paciente e/ou Responsável

TRIAGEM TRAUMA: PESO: PULSO: [illegible]

[illegible] OCORRÊNCIA: ( ) Acidente de Trânsito [illegible] ENFERMEIRO TRIAGEM [illegible]

[illegible] Ocorrência: ( ) Via Pública [illegible] 4- Condições do Paciente [illegible]

[illegible] de Locomoção até a Unidade: [illegible] ( ) Viatura Policial [illegible]

[illegible] Vítima: ( ) Pedestre ( ) Condutor ( ) Passageiro ( ) Pessoa Desacordada [illegible]

[illegible] Locomoção da Vítima: ( ) Automóvel ( ) Moto ( ) Bicicleta [illegible] 9- Uso de Cinto [illegible]

10- Modo do Trauma: ( ) Capotamento ( ) Colisão ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro 11- Choque Elétrico [illegible]

12- Natureza do Acidente: ( ) Colisão/Atropelamento ( ) Tombamento ou Capotamento ( ) Choque [illegible] Queda em/do veículo

[illegible] Afogamento ( ) Ignorado ( ) Outro [illegible] 13- Queda [illegible]

14- Intoxicação: ( ) Álcool ( ) Drogas Ilícitas [illegible]

15- Agressão: ( ) Arma de fogo ( ) Arma branca ( ) [illegible]

16 - História Clínica Atual, Evolução e Conduta Médica:

[illegible]

17 - Evolução em Até 12 horas do Atendimento no Serviço:

( ) Alta ( ) Encaminhamento Ambulatorial ( ) Internação Hospitalar

( ) Transferência para Outra Unidade de Saúde ( ) Evasão ou Fuga ( ) Óbito

Assinatura e Carimbo Médico

( ) Regulado/ Transferido para: _____

Data da Transferência: _____ Hora da Transferência _____

Assinatura Carimbo

Boletim de Ocorrência

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0139001222

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/12/2017** às **10:45**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **20/6/2017** Período: **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBE, 1, RODOVIA PE - 75, TREVO DE IMBANGA** - Bairro: **CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local de Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Descrição/Detalhes da ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (OUTROS)
DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO (Usado na Geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS
VEICULO (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a). DESCONHECIDO

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

DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE FATIMA DA SILVA FRANCISCO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **29/9/1987** Naturalidade: **JOAO PESSOA / PARAIBA / BRASIL** Documento: **3236008/SSP/PB (RG)** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **0 (86) 1047054**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMBE, 79, RUA ANTONIETA CABRAL, 79, PLANALTO, PRÓXIMO AO COLEGIO FREI ORLANDO** - CEP: **0** - Bairro: **PLANALTO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

Nome de Identificação: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: - Endereço: **AV. PAULISTA, S/N, SAO PAULO - SAO PAULO/SAO PAULO/BRASIL** Próximo a: **ESTADO DO SAO PAULO (ESTADO), , AV. PAULISTA, S/N, SAO PAULO - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SAO PAULO/SAO PAULO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS**

Boletim de Ocorrência

Descrição do veículo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Localização: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCR1351** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1036902380** Chassi: **9C2KC1680FR506080**
Ano fabricação/modelo: **2014/2015**
Observação: **PLACA: PCR1351 NOME PROPRIETARIO: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS CPF DO PROPRIETARIO: 33447104000120 UF: SP TIPO: MOTOCICLETA ESPÉCIE: COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI MARCA: HONDA COR: VERMELHA ANO FABRICAÇÃO: MUNICÍPIO: SAO PAULO LOGRADOURO: AV PAULISTA NUMERO: BAIRRO: CEP: 1311000 COMPLEMENTO: CJ 161 CHASSI: 9C2KC1680FR506080 RESTRIÇÃO: ADMINISTRATIVA RENAVAM: 1036902380**

AUTOMOVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Descrição/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL NAO INFORMADO/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Localização: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Comportamento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA, NO ENDEREÇO ACIMA REFERIDO, QUANDO FOI SURPREENDIDO PELO AUTOMOVEL NÃO IDENTIFICADO QUE REPENTINAMENTE CRUZOU O TREVO DE INHANGA SEM PARAR PARA VER O MOVIMENTO DE CARROS, DESTA FORMA, OCORREU A COLISÃO. SEGUNDO A VITIMA, COM A COLISÃO NA LATERAL DIREITA DO CARRO, PRÓXIMO AO FAROL, FOI JOGADO PARA O CANAVIAL E POSTERIORMENTE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DA PREFEITURA DE JURIPIRANGA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL GETAMBE, QUE EM SEGUIDA TRANSFERIDO PELA VIATURA DO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO.

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

DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

Registrado por **FABIO VIEIRA DE MELO** - Matrícula: **350479-4**

Imprimir

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

(Grupo de ortopedia)

NOME: _____

Solicito _____ sessões de fisioterapia motora para ( )ganho de ADM, ( ) controle álgico, reforço muscular _____. Carga ( ) zero ( ) parcial ( ) total. Paciente com diagnóstico de: _____

_____

_____

(Médico)

Data: __/__/__

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-[illegible]
FONE.: (81) 3181-[illegible]

FISIOTERAPIA

(Grupo de ortopedia)

NOME: [illegible]

Solicito [illegible] sessões de fisioterapia motora para (✓)ganho de ADM, ( ) controle álgico. reforço muscular [illegible]. Carga ( ) zero ( ) parcial ( ) total. Paciente com diagnóstico de: [illegible]

(Médico)

Data: [illegible]

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

RUA ESTRADA DA FAZENDINHA, S/N - JAGUARIBE
PAULISTA/PE. CEP.: 53.413-000
FONE.: (81) 3181-9600

FISIOTERAPIA

(Grupo de ortopedia)

NOME: Diego Armando Silva dos Santos

Solicito 30 sessões de fisioterapia motora para ganho de ADM (X), controle álgico (X), reforço muscular: M/E (X), treino de marcha (X) e propriocepção (X). Paciente submetido ao tratamento de: Fratura tíbia/fíbula (E) + Fratura diafisária fêmur (E)

Anoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

Médico

Data: 09/04/19

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP

RECEITUÁRIO

03/09/18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

RECEITUÁRIO

Diego Bernardo Silva dos Santos

Data Nasc.

Paciente reabertura e tratamento cirúrgico de fratura femoral D + fratura de diáfise de fêmur D + enxerto de pele e tornozelo D em 05/07/11.

Atualmente em acompanhamento ortopédico e reabilitação fisioterápica realizada em Olinda.

No momento sem condições de retorno de sua atividade laboral por apresentar limitações da mobilidade e força operados em membro.

CID S737 S325 S927

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

02/07/18

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP

RECEITUÁRIO

Diego Armando S. Santos

Laudo Médico

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura bimaleolar (E) + fratura da diáfise da tíbia (E) c/ emprego de placa e parafusos (E) em 05/04/19.

Atualmente em acompanhamento ortopédico ambulatorial e fisioterapia ambulatorial.

Previsão de CC dias

No momento, sem condições de retomar suas atividades laborais, pois apresenta limitação de mobilidade e força operativa em membro inferior.

CID S83.2
S82.5
S82.6

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

07/05/19

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP

RECEITUÁRIO

Diego Armando S. Santos

Atesto que o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura bimaleolar + fratura da diáfise do fêmur esquerdo + enxerto de pele no TNE esquerdo.

Atualmente em acompanhamento ortopédico ambulatorial e reabilitação fisioterápica

Apresenta limitação na mobilidade e ferida operatória em cicatrização

CID. S73.2
S82.5
S82.6

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24589

09/04/18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

PERNAMBUCO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP

RECEITUÁRIO

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO IMIP

RECEITUÁRIO

Diego Armando S. Santos

Atesto que o paciente foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura bimaleolar + fratura da diáfise do fêmur esquerdo + enxerto de pele no TNZ esquerdo.

Atualmente em acompanhamento ortopédico ambulatorial e reabilitação fisioterápica.

Apresenta limitação na mobilidade e ferida operatória em cicatrização.

CID. S73.2
S82.5
S82.6

25/09/17

Dr. Rodrigo F. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 25.3[illegible]

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde

ITAMBÉ

Rua Josué de Castro nº 84,Centro
Itambé/PE - CEP 55920/000

1ª VIA - FARMÁCIA
2º VIA - PACIENTE

Paciente: Diego Amarildo S dos Santos
Endereço: Rua Justiniano Cabral 19
Prescrição: PRESSORGIO
USO ORAL
PACO 500mg+30mg 05cx
Tomar 01cp de 08 em 08h

2510 PHJF

Lenoo Amaro Vieira
CRM-PE 25713
CPF 082.904-00

ITAMBÉ,

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome:		
Ident: Órgão Emissor:	Ass. do Farmacêutico	Data
Endereço:		
Cidade: UF:		/ /
Telefone:		

Policlínica
També

Paciente: **DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS**

DN.: **29/09/1987**

N° **136**

Exame. **RX DO TORNOZELO ESQUERDO**

Convênio: **POLICLINICA SÃO JORGE**

RADIODIAGNÓSTICO

Controle de tratamento de fratura parcialmente consolidada e fixada por placa metálica no 1/3 distal de fíbula.
Existe outra fratura consolidada e fixada por parafuso metálico no maléolo interno.

Dr. MARCILIO MENDES CARTAXO
CRM- PB 2044

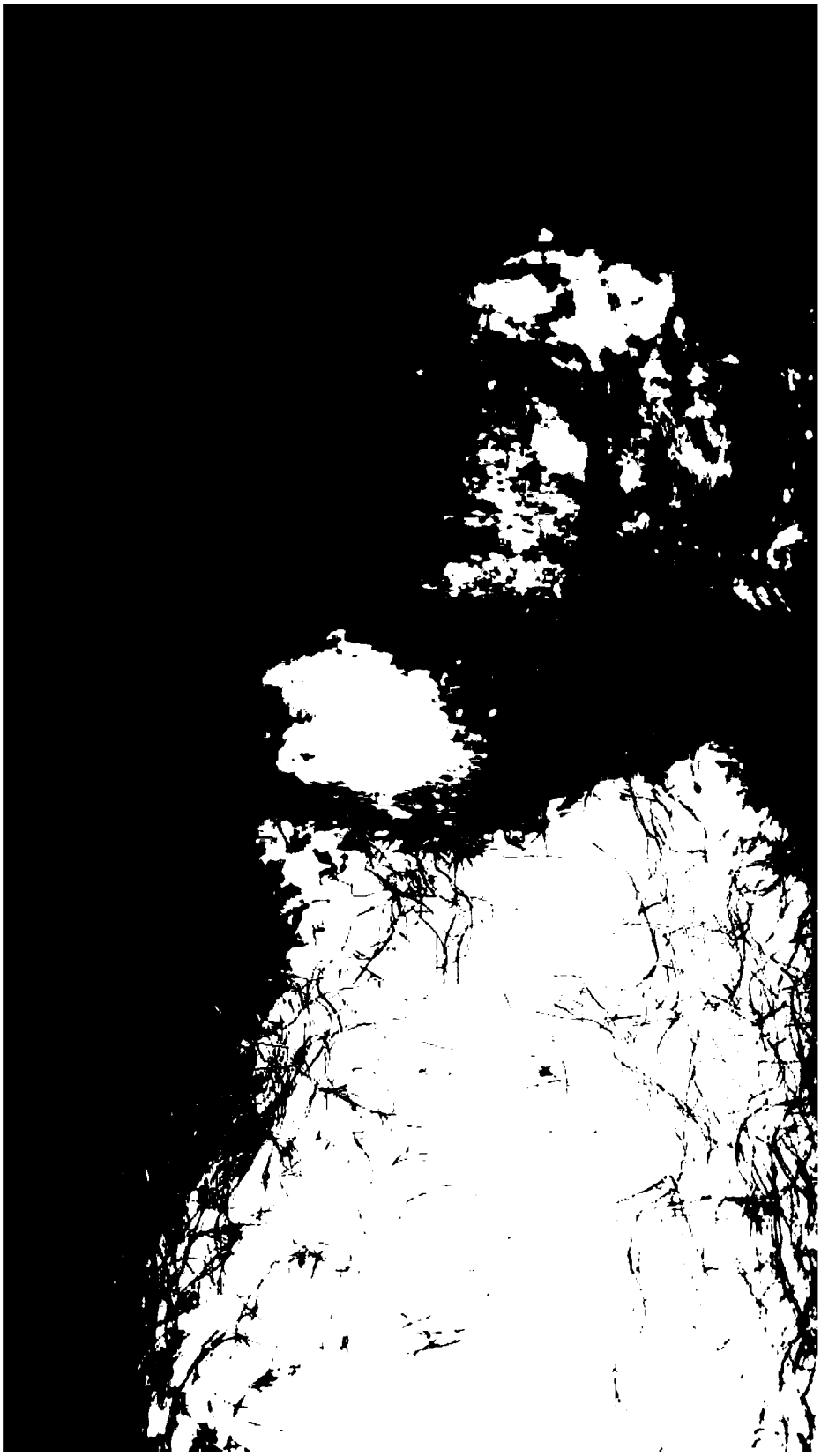
João Pessoa, 19 de setembro de 2017

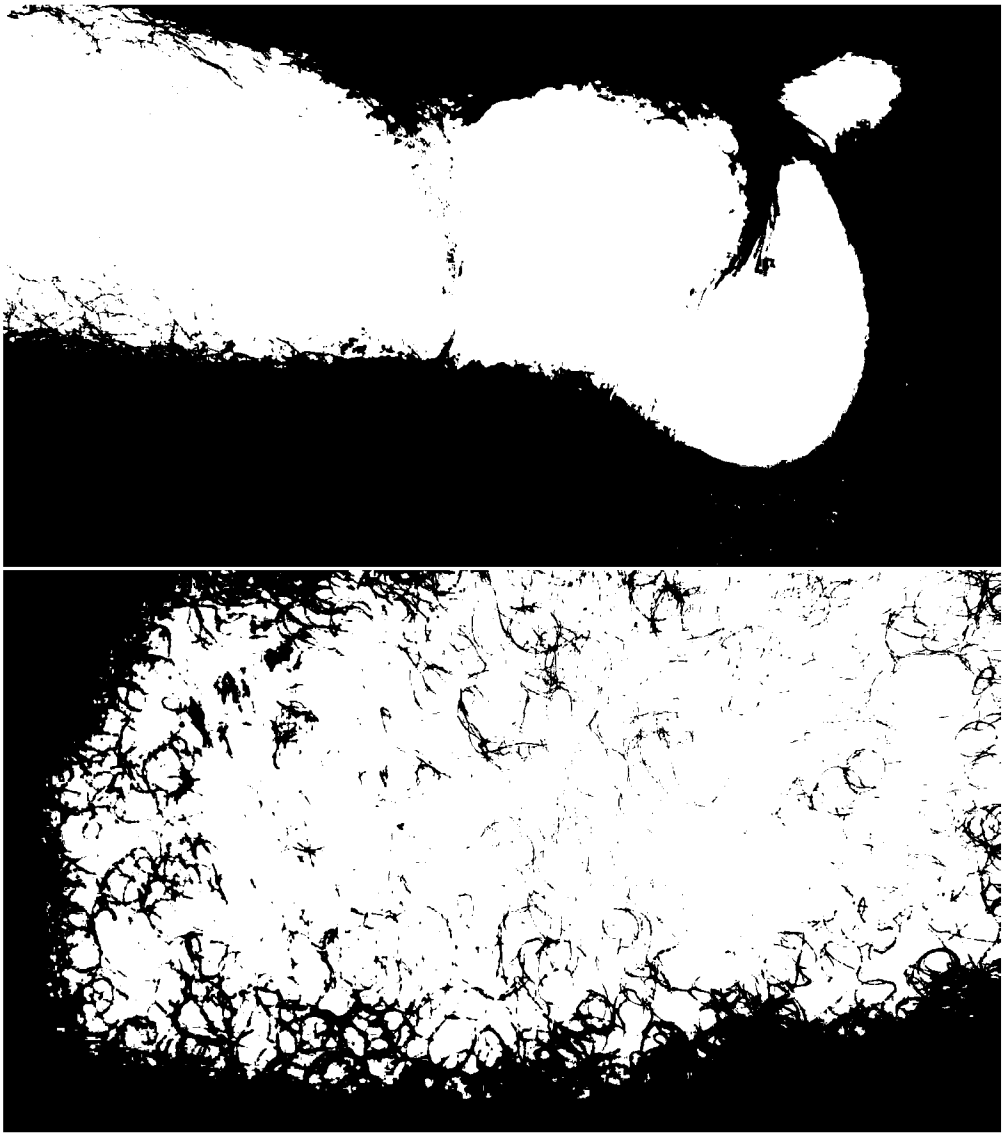
O valor preditivo de qualquer diagnóstico depende da análise consjunta do seu resultado e dos dados clínicos-epidemiológicos do(a) paciente.

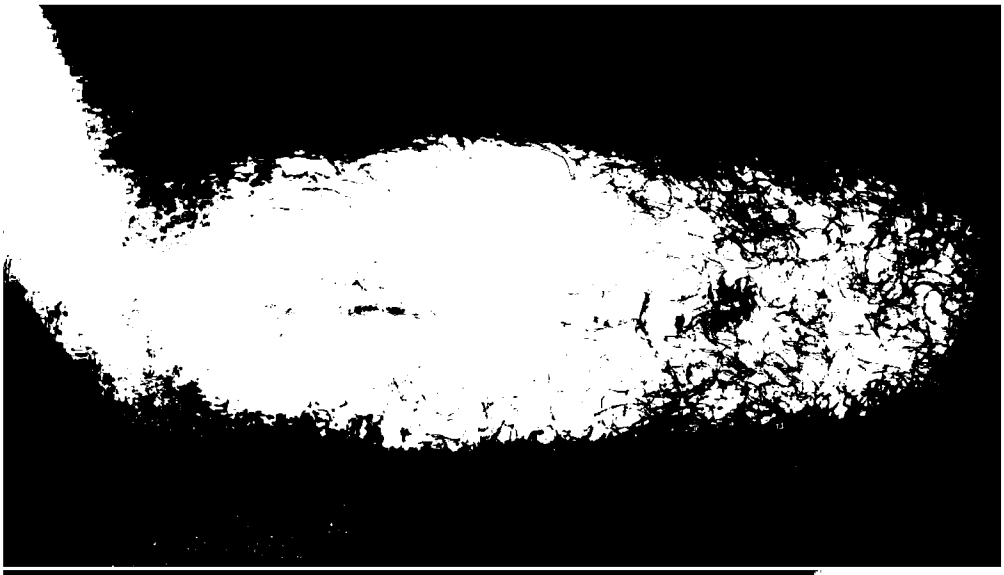
Rua Eliud Falcão, 72, També-PE
(81) 3635-1361

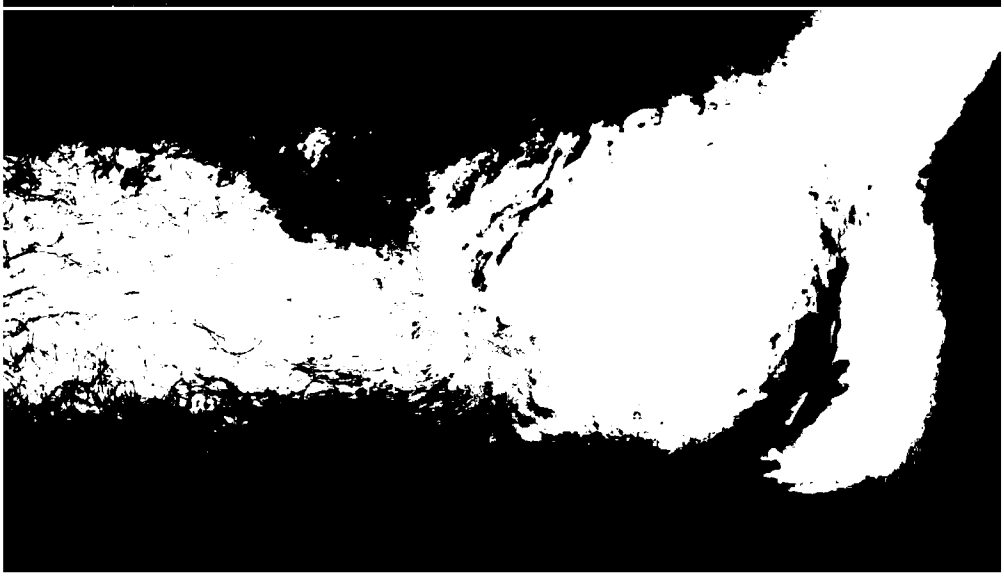
www.policlinicaitambe.com.br
@policlinicaitambeoficial policlinicaitambe

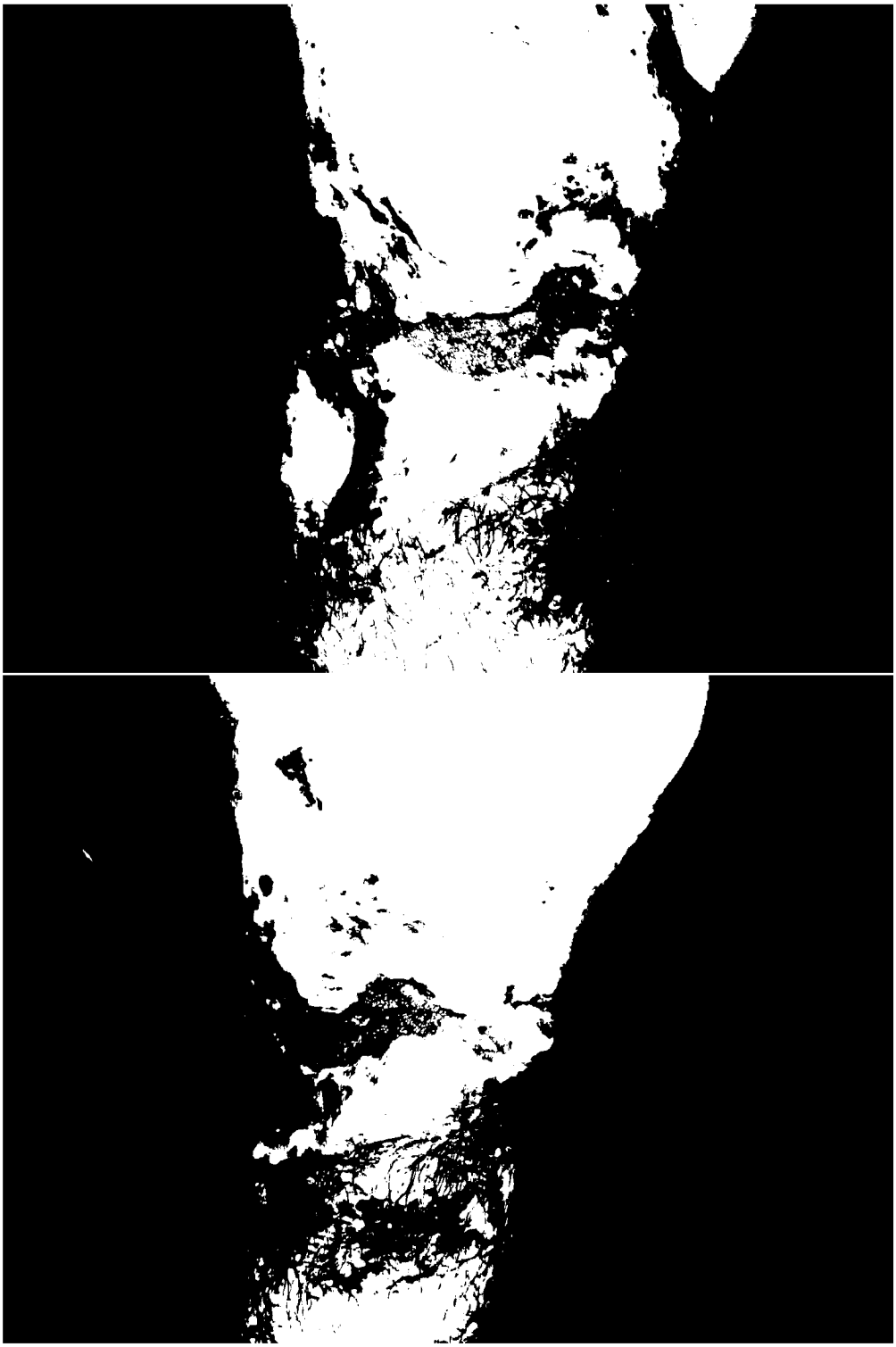

28/06











Comprovante de pagamento administrativo

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta n°: 12793427

A/C: DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro:	3180150005
Vitima:	DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS
Data do Acidente:	20/06/2017
Cobertura:	INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DIEGO ARMANDO SILVA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 7.087,50**
Banco: **001**
Agência: **000002425-2**
Conta: **000010000924-7**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	0,00
Juros:	R$	0,00
Total creditado:	R$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%
Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R$ 7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT