



Número: **0079967-62.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA (AUTOR)		THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO) Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73598343	15/01/2021 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200441057

Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000019903-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 09283465440 4 - Nome completo da vítima: Jorge Alexandre Assis Freites da Silva

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

5 - Nome completo: Jorge Alexandre Assis Freites da Silva 6 - CPF: 09283465440

7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Gregório Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -

11 - Bairro: Reutimanga 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50670300

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 985024297

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0678 CONTA: 19903 5 AGÊNCIA: CONTA:

(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 - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito 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 nascituro (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 ciente 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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0096004699**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/11/2020** às **15:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **29/6/2020** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **CORREDOR EXCLUSIVO BRT LESTE - OESTE (AVENIDA CAXANGA), 01 -**
Bairro: **CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50721-275**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR RENAULT SCENIC KKQ 0603 (AUTOR \ AGENTE)
SANDRO CRISTIANO RODRIGUES ASSIS (OUTRO)
JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

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

JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS Pai: JORGE ALEXANDRE FREITAS DA SILVA Data de Nascimento: 24/10/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7440800/SDS/PE (RG). 09283465440 (CPF) Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:
- **985024297**

Endereço Residencial: **RUA AGRIPINO LACERDA, 172 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPUTINGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR RENAULT SCENIC KKQ 0603 (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

SANDRO CRISTIANO RODRIGUES ASSIS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA FAN CG 160 PDV 3875 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SANDRO CRISTIANO RODRIGUES ASSIS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDV3875 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação



A VÍTIMA SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO NO VIADUTO DA CAXANGA OCASIAO EM QUE O VEICULO SCENIC KKQ 0603 O ATINGIU, SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS 2020APH000346 DIV. OP, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO NA SANTA CASA DE MISERICORDIA PRONTUÁRIO 1204889.

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


JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

(Liberado em **10/11/2020** às **15:53**)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 09283465440 4 - Nome completo da vítima: Jorge Alexandre Assis Freites da Silva

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

5 - Nome completo: Jorge Alexandre Assis Freites da Silva 6 - CPF: 09283465440
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Gregório Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Reutimanga 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50670300
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 985024297

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: 0678 CONTA: 19903 5 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito 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 nascituro (val 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 ciente 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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 13/11/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/12/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000019903-5

Nr. da Autenticação 9F40962A9D481BF4



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0069943-93 | www.ceipe.com.br

MARIA F. RISTHED (n) - maria.f.risthed@nord.no

CPF 155.513.044 e/ME: 2004367092.

L'ASIA DEL RIFIUTO E LA LERDA 172

BOOK REVIEW
MCEFE
50676-200

BI RESIDENZI AL
BANKA RENDITA COMFIS
MODULACI

175250402	18K 4	12092010
200000000	200000000	200000000

CODICE CONTRATTO	RES/MAI
0656849029	09/2020
DATA DEL VERSAMENTO	Data di pagamento della prima rata
29/09/2020	22/10/2020
TOTALE A RENDERE (€) 67,86	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo T120 de 30 L/h	30.000.000	0,1094863	3,28
Consumo T120 superior a 30 até 100 L/h	70.000.000	0,1878067	13,13
Consumo T120 superior a 100 até 250 L/h	34.000.000	0,2814083	9,56
Consumo TE de 30 L/h	30.000.000	0,6557474	19,67
Consumo TE superior a 30 até 100 L/h	70.000.000	0,1041298	11,22
Consumo TE superior a 100 até 250 L/h	34.000.000	0,2406197	8,18
Emissão Bruta: Poluição Mineral			19,29
PREÇO MÁXIMO (R\$) para emissão de 100 kg/dia			0,90
Compensação (R\$) (Máx. 0,75%)			-0,50

TOTAL CAPACITY

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO DE ÁGUA, GÁS E ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (M³/M)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
910186	CAT	21/04/2011	55.950 (R)	01/05/2011	12.274 (R)	11	1.000,00		134,03

AUTOMATIZADO DE EMPREGOS		IMPRESSÃO DE TÍTULOS			Geração de Energia		
Mesmo mês					RS	20,88	42,20%
SET-20	1,4				RS	2,96	6,14%
AGO-20	1,7				RS	15,57	32,32%
JUL-20	1,4				RS	5,60	10,78%
JUN-20	3,1				RS	0,35	1,09%
MAR-20	1,30				RS	2,87	6,07%
ABR-20	26				RS	44,17	100%
MAR-20	44						
FEV-20	82						
JAN-20	1,27						
DEZ-19	146						
NOV-19	134						
OUT-19	125						
SET-19	79						

[illegible]

The monthly bill, payable by first business day of month, is \$4.40 (\$2.00 on the West, 30¢ on the East) plus a 10¢ telephone charge. The bill is payable to the telephone company. The bill is payable to the telephone company. The bill is payable to the telephone company.

DORADO E FINQUEIRA DAS INTERMEDIÓRIAS					MUNICÍPIO DE TOMBALÃO		
CONSUMO	VALOR AFOROSADO (R\$ 2011)	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIG	5,20	4,98	3,91	19,82	270	202	231
PVC	2,80	2,17	5,25	11,70			
PROV	0,00	0,00	0,00	0,00			

Lembrete! O preço de venda é de R\$ 20,00.

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0908860030	08/2020	29/09/2020	67,86



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Sr. Florentino do Almeida Pires Felcas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Sege Alexandre Assis Freitas da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 092834654 / 40,
do sinistro de DPVAT cobertura Zona Aldeia da Vítima Sege Alexandre Assis F. da Silva
inscrito (a) no CPF sob o Nº 092834654 / 40, 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 Prudente de Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: <u>-</u>
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041730</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data: Recife, 13/11/2020


Assinatura do Declarante



**HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 855071 Prontuário: 5000931743

Nome: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA Data Nasc.: 24/10/1992 Idade: 27

Sexo: MASCULINO CPF: RG: 7443800 CEG: 706201520451069

Endereço: RUA AGRIPINO LACERDA Nº 172 Bairro: IPUTINGA Cidade: RECIFE

CEP: 50670300 Estado: PERNAMBUCO Telefone: 85115554

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS Acompanhante: JRMAO Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: COLISÃO MOTO X CARRO REFERE DOR FRATURA MID. FRATURA DE TÍBIA E FIBULA TRAZIDO PELOS BOMBEIROS

2 - ATENDIMENTO Data: 29/06/2020 Hora: 12:27

Queixa Principal/HDA
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO HOJE PELA TARDE. RELATA ESTAR PILOTANDO MOTO E COLIDIU COM TRASEIRA DO CARRO À FRENTE. REFERE IMPACTO APENAS EM MID. PACIENTE CONSCIENTE, NEGA INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. QUEIXA DE DOR EM MID, SEM OUTRAS QUEIXAS.

História do Trauma

Ponto de Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Espelho Embaixo:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipos:			
Causa:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipos:		Motociclista <input type="radio"/> Passageiro <input type="radio"/>	
Atrópeamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vitória da Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipos:		Sofreu Queda <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de mobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está pervia: ☐ SIM ☐ NÃO O paciente fala: ☐ SIM ☐ NÃO Temp.:

REG. EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

S: Respiratório:
VV + EM AHT 5/ RA.

C: Circulatório PA: Pulso:

REG. EN 27, BCNF 5/ SOPROS: FC 88 BPM

D: Exames Neurológico

Deficiência Motora:	MID <input type="checkbox"/> HSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/>	Paralisia:	Isotônica <input type="radio"/> Antiotônica <input type="radio"/>
Glasgow: Abertura ocular:	Glasgow: Resposta Verbal:	Glasgow: Resposta Motora:	
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: Hora:	

GLASGOW 15.

E: Abdomen
PLANO, RHA +, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO. SEM VMG OU MASSAS.

Diagnóstico (Inicial): FRATURA TÍBIA

Exames/ Conduta:
SOLICITO LAB. ANAQUELSA, SOLICITO TC ABD. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Definição do Caso:
Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Terno de Alta ☐ Evadido-se ☐ Alta ☐ Transferência ☐

ALESSANDRO LUCAS DE OLIVEIRA - CRM: Nº 28474
Médico



50 HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA *Pernambuco*

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 855071

1.1 – Atendimento em: 29/06/2020

1.2 – Às 12 horas e 22 minutos.

1.3 – Internado: SIM

1.4 – Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 951743

2.1 – Internado em: 29/06/2020

2.2 – Alta em: 02/07/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: - IMOBILIZAÇÃO.
- TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.



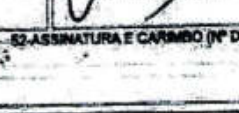
5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE

DATA: 12.11.2020
HORA: 14:04:56
PASTA: 01.09.2020
RGAS
RS

Jessica Guio de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.538 RQE 2167
Dr.ª Jessica Guio de Araújo Sá



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXEDUTANTE		4 - CNES	
HSA			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA		687499	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM.	
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA/COR	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		10.1 - ETNIA	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
		19 - CEP	
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	
		27 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Osteotomia		0 4 0 8 0 5 0 5 0 0 0408060190 / 0408060174	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Placa DCP e Sutura Estreita		0 7 6 2 0 3 0 0 0 2 0 1	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
Parafuso Cortical Nº 26/01 / 28/03 / 30/03		07	
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Paciente vítima de acidente moto x carro, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita. Paciente e exames de imagem reavaliados, fratura sem desvio, sem edema ou equimose, sem indicação de cirurgia no momento, paciente e familiares ciente e de acordo, imobilização em bota inguino pódalico. Recebe alta e orientações para T.T.T. incruento e retorno ao ambulatório de Dr. Henrique Barbosa, transferido para cuidados prolongados(COVID-19). Paciente retorna ao ambulatório do HSA após tratamento de COVID-19, apresentando desvio, internado para correção cirúrgica. Operado. Alta hospitalar após melhora.			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
DR. HENRIQUE BARBOSA		08/03/2021	
44 - DOCUMENTO		45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0			
AUTORIZAÇÃO Página 1			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - COD. ORGÃO EMISSOR	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		50 - DOCUMENTO	
51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0			





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO: 1204889

1. Admissão Hospitalar:

1.1 – Data de Internamento: 02/07/2020

1.2 – Data da Alta Hospitalar: 07/07/2020

2. Hipótese Diagnóstica: Fratura dos Ossos da Perna Direita.

3. Tratamento: Paciente com exames de imagem reavaliados, fratura sem desvio, sem edema ou equimose, sem indicação de cirurgia no momento, imobilização em bota inguino pódalico. Recebe alta e orientações para tratamento incruento e retorno para acompanhamento ambulatorial.

4. Segundo Internamento:

1.1 - Data de Internamento: 03/08/2020

1.2 - Data da Alta Hospitalar: 07/08/2020

4. Tratamento: Cirurgia em 05/08/2020 - Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Ostectomia.

5. Observação: Alta em 07/08/2020.

Recife, 28 de Setembro de 2020.

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br
www.santacasarecife.org.br

Registro:687499 Prontuário:1204889 Data de Nascimento:24/10/92 Idade:27 ANO(S)
Nome do Paciente:**JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS
CPF: 09283465440

Data: 05/08/2020

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,05/08/2020-12:55

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Ostectomia

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecação por planos, realizado osteotomia + redução da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com 01 placa + parafusos + ostectomia de fragmento ósseo, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM:10531





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz de Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Tel/Fax: 3421.5766 - sta-casa@truenet.com.br
www.santacasarecife.org.br

Registro:687499 Prontuário:1204889 Data de Nascimento:24/10/92 Idade:27 ANO(S)
Nome do Paciente:**JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS
CPF: 09283465440

Data: 05/08/2020

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S82 - FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita CÓDIGO:
0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Osteotomia
CÓDIGO:0408050500 / 0408060190 / 0408060174

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr.a Patrícia Guaurino	9189
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente moto x carro, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita. Paciente e exames de imagem reavaliados, fratura sem desvio, sem edema ou equimose, sem indicação de cirurgia no momento, paciente e familiares ciente e de acordo, imobilização em bota inguino pódalico. Recebe alta e orientações para T.T.T. incruento e retorno ao ambulatório de Dr. Henrique Barbosa, transferido para cuidados prolongados(COVID-19).

Paciente retorna ao ambulatório do HSA após tratamento de COVID-19, apresentando desvio, internado para correção cirúrgica. Operado. Alta hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:687499 Prontuário:1204889 Data de Nascimento:24/10/92 Idade:27
ANO(S)
Nome do Paciente:**JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA**
Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS
CPF: 09283465440

Data: 07/07/2020

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S82 - FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO | NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna
Direita CÓDIGO: 0408050500

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: 1º Atendimento em Clínica Cirúrgica Ortopédica
CÓDIGO:0308010019

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:	
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente moto x carro, resultando em Fratura dos Ossos da Perna Direita. Evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirúrgico.

Paciente e exames de imagem reavaliados, fratura sem desvio, sem edema ou equimose, sem indicação de cirurgia no momento, paciente e familiares ciente e de acordo, imobilização em bota inguino pódalico. Recebe alta e orientações para T.T.T. Incruento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 09/07/2020 06:53:25.



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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1217322893

NOME
VITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
6199533 SSP PE

CPF
692.655.184-72

DATA NASCIMENTO
15/01/1971

FILIAÇÃO
AMAUXY DE LIMA PIRES
LEA ALMEIDA PIRES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
01102847399

VALIDADE
20/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/02/1989

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

15825414115
PE068266057

DETRAN - PE (PELHAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE: 3367



VENCIMENTO
25/02/2020



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 00000002570 10 050220



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA - PROTEÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME: **JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **7440800 SDS PE**

CPF: **092.834.654-40** DATA NASCIMENTO: **24/10/1992**

FILIAÇÃO: **JORGE ALEXANDRE FREITAS DA SILVA**
MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS

PERMISSÃO: **00000000000000000000** ACC: **0000000000** CAT. HAB: **12**

Nº REGISTRO: **05404986403** VALIDADE: **16/03/2021** 1ª HABILITAÇÃO: **19/01/2012**

OBSERVAÇÕES:

Jorge Alexandre Assis Freitas da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **29/10/2019**

Roberto Carlos Mendes Pontes
Roberto Carlos Mendes Pontes
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

70166449334
PE095466428

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1928990461

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928990461



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351706/20

Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SI

CPF: 092.834.654-40

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: JORGE ALEXANDRE ASSIS
FREITAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA : 092.834.654-40

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: 07/12/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351706/20

Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SI

CPF: 092.834.654-40

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: JORGE ALEXANDRE ASSIS
FREITAS DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA : 092.834.654-40

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: 07/12/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200441057 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. PÁG 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200441057 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA **Data do acidente:** 29/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA. PÁG 2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Jorge Alexandre Assis Frentes da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7.440.800 505,
CPF/MF sob nº 092.834.654-40, residente e domiciliado à rua
Rua Agripino Lacerda, nº 172,
Bairro: Arputingo, Cidade: Recife,
Estado: PE, CEP: 50670-300, Telefone: 995024297.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Recife, 13 de Novembro de 2020.

Jorge Alexandre Assis Frentes da Silva
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

