



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
73598 343	15/01/2021 11:19	<u>ANEXO 1</u>	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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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 Freitas 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 Freitas da Silva 6 - CPF: 09283465440
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Agripino Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -
 11 - Bairro: Recife 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50670300
 15 - E-mail: (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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 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: 0678 CONTA: 19903 5
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 invalides 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem da esta conciliação, 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 Impressionar digitalizar e assinar com alfabetização 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
--	--

40 - Local e Data: Recife, 13/11/2020
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LV002/2019

TESTEMUNHAS





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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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 PROFISSÕES** 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**)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 4



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 Freitas 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 Freitas da Silva 6 - CPF: 09283465440
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Agripino Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -
 11 - Bairro: Recife 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50670300
 15 - E-mail: (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)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0678

CONTA: 19903

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, 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 Lider 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 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem da esta conciliação, 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

EMPRESA/
DIGITAL DA
VÍTIMA DA
SEGURADORA
NÃO ALFABETIZADA

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)

40 - Local e Data,

Recife, 13/11/2020
 Jorge Alexandre Assis Freitas da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LV002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 6



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 11.835.902/0001-08 | Inscrição Estadual 00065943-93 | www.cepece.cepece.com.br

DADOS DO CLIENTE

MAPLE FOR THEORETICAL PHYSICS

CPF 755 515 044-17 NIS. 200904307090

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

ESTA ALUMBRADO ALTA ENERGIA 172

BEIJING (AP) — The
Chinese People's
Police (PP) 100

CLASSIFICAÇÃO

B1. RESIDENCIAL BAIXA RENDA COMUNIS MUNICIPAL

115250402	ИМКА	708450100
708450000	2000005548	3024100

0656849029	09/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
29/09/2020	22/10/2020
VALOR A PAGAR	67,86

DISCRIMINAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TE até 30 kWh	30,000,000	0,1084,8613	3,26
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000,000	0,1678,0167	12,13
Consumo-TUSD superior a 100 ate 70,000 kWh	34,000,000	0,2614,0538	9,59
Consumo-TE ate 30 kWh	30,000,000	0,0935,7414	2,80
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70,000,000	0,1804,1298	11,22
Consumo-TE superior a 100 ate 200 kWh	34,000,000	0,2406,1647	8,18
Comb. Item: Preço a Menor que:			
PREÇO COMPRA: 0,1611,2412,0580 - 0,0935,7414 R\$0,00			0,90
Compensar 30,000,000,00 R\$0,00			-0,59

67.3

TOTAL (44 FAMILIAS)

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
910186	CAT	21/06/2011	5.450,00	22/06/2011	5.474,00	12	1,00000		134,00

© 2010 Pearson Education, Inc. All Rights Reserved. May not be reproduced, in whole or in part, without permission.

DISTRIBUCIÓN FRECUENCIAL DE INGRESOS					T NO
EXCLUSIVO	MILLÓN APURADO	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL	
0-100	100,00				
0-200	9,20	4,99	3,98	18,82	
200-300	21,80	11,75	9,75	39,75	
300-400	11,00	5,50	4,50	18,00	
400-500	1,00	0,50	0,50	1,00	
500-600	0,00	0,00	0,00	0,00	
600-700	0,00	0,00	0,00	0,00	
700-800	0,00	0,00	0,00	0,00	
800-900	0,00	0,00	0,00	0,00	
900-1000	0,00	0,00	0,00	0,00	
1000-1100	0,00	0,00	0,00	0,00	
1100-1200	0,00	0,00	0,00	0,00	
1200-1300	0,00	0,00	0,00	0,00	
1300-1400	0,00	0,00	0,00	0,00	
1400-1500	0,00	0,00	0,00	0,00	
1500-1600	0,00	0,00	0,00	0,00	
1600-1700	0,00	0,00	0,00	0,00	
1700-1800	0,00	0,00	0,00	0,00	
1800-1900	0,00	0,00	0,00	0,00	
1900-2000	0,00	0,00	0,00	0,00	
2000-2100	0,00	0,00	0,00	0,00	
2100-2200	0,00	0,00	0,00	0,00	
2200-2300	0,00	0,00	0,00	0,00	
2300-2400	0,00	0,00	0,00	0,00	
2400-2500	0,00	0,00	0,00	0,00	
2500-2600	0,00	0,00	0,00	0,00	
2600-2700	0,00	0,00	0,00	0,00	
2700-2800	0,00	0,00	0,00	0,00	
2800-2900	0,00	0,00	0,00	0,00	
2900-3000	0,00	0,00	0,00	0,00	
3000-3100	0,00	0,00	0,00	0,00	
3100-3200	0,00	0,00	0,00	0,00	
3200-3300	0,00	0,00	0,00	0,00	
3300-3400	0,00	0,00	0,00	0,00	
3400-3500	0,00	0,00	0,00	0,00	
3500-3600	0,00	0,00	0,00	0,00	
3600-3700	0,00	0,00	0,00	0,00	
3700-3800	0,00	0,00	0,00	0,00	
3800-3900	0,00	0,00	0,00	0,00	
3900-4000	0,00	0,00	0,00	0,00	
4000-4100	0,00	0,00	0,00	0,00	
4100-4200	0,00	0,00	0,00	0,00	
4200-4300	0,00	0,00	0,00	0,00	
4300-4400	0,00	0,00	0,00	0,00	
4400-4500	0,00	0,00	0,00	0,00	
4500-4600	0,00	0,00	0,00	0,00	
4600-4700	0,00	0,00	0,00	0,00	
4700-4800	0,00	0,00	0,00	0,00	
4800-4900	0,00	0,00	0,00	0,00	
4900-5000	0,00	0,00	0,00	0,00	
5000-5100	0,00	0,00	0,00	0,00	
5100-5200	0,00	0,00	0,00	0,00	
5200-5300	0,00	0,00	0,00	0,00	
5300-5400	0,00	0,00	0,00	0,00	
5400-5500	0,00	0,00	0,00	0,00	
5500-5600	0,00	0,00	0,00	0,00	
5600-5700	0,00	0,00	0,00	0,00	
5700-5800	0,00	0,00	0,00	0,00	
5800-5900	0,00	0,00	0,00	0,00	
5900-6000	0,00	0,00	0,00	0,00	
6000-6100	0,00	0,00	0,00	0,00	
6100-6200	0,00	0,00	0,00	0,00	
6200-6300	0,00	0,00	0,00	0,00	
6300-6400	0,00	0,00	0,00	0,00	
6400-6500	0,00	0,00	0,00	0,00	
6500-6600	0,00	0,00	0,00	0,00	
6600-6700	0,00	0,00	0,00	0,00	
6700-6800	0,00	0,00	0,00	0,00	
6800-6900	0,00	0,00	0,00	0,00	
6900-7000	0,00	0,00	0,00	0,00	
7000-7100	0,00	0,00	0,00	0,00	
7100-7200	0,00	0,00	0,00	0,00	
7200-7300	0,00	0,00	0,00	0,00	
7300-7400	0,00	0,00	0,00	0,00	
7400-7500	0,00	0,00	0,00	0,00	
7500-7600	0,00	0,00	0,00	0,00	
7600-7700	0,00	0,00	0,00	0,00	
7700-7800	0,00	0,00	0,00	0,00	
7800-7900	0,00	0,00	0,00	0,00	
7900-8000	0,00	0,00	0,00	0,00	
8000-8100	0,00	0,00	0,00	0,00	
8100-8200	0,00	0,00	0,00	0,00	
8200-8300	0,00	0,00	0,00	0,00	
8300-8400	0,00	0,00	0,00	0,00	
8400-8500	0,00	0,00	0,00	0,00	
8500-8600	0,00	0,00	0,00	0,00	
8600-8700	0,00	0,00	0,00	0,00	
8700-8800	0,00	0,00	0,00	0,00	
8800-8900	0,00	0,00	0,00	0,00	
8900-9000	0,00	0,00	0,00	0,00	
9000-9100	0,00	0,00	0,00	0,00	
9100-9200	0,00	0,00	0,00	0,00	
9200-9300	0,00	0,00	0,00	0,00	
9300-9400	0,00	0,00	0,00	0,00	
9400-9500	0,00	0,00	0,00	0,00	
9500-9600	0,00	0,00	0,00	0,00	
9600-9700	0,00	0,00	0,00	0,00	
9700-9800	0,00	0,00	0,00	0,00	
9800-9900	0,00	0,00	0,00	0,00	
9900-10000	0,00	0,00	0,00	0,00	

卷之三

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MINIMO	MÁXIMO
370	352	231

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 33, No. 1, January 2008, pp. 189-218
DOI 10.1215/03616878-734200 © 2008 by the Southern Political Science Association



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Núm. 73598343 - Pág. 7



ANS - nº 34.488-5

Directora Técnica Médica
Dr. Maria de Lourdes C. Araújo
CREMEPE: 3367



VENCIMENTO
25/02/2020



11111111111111111111111111111111
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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
 Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 8



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/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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jorge Flávio de Almeida Pires Freitas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jorge Alexandre Pires Freitas da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092834654, 40,

do sinistro de DPVAT cobertura Ronaldiz da Vítima Jorge Alexandre Pires F. da Silveira

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>Floripa</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: 1010951744
Nome: JORGE ALEXANDRE ASSIS TREATAS DA SILVA	Data Nasc.: 24/10/1992
Sexo: MASCULINO	Idade: 27
CPF: 7443806	RG: 70621520451069
Endereço: RUA AGUIRRO LACERDA	Nº 172
CEP: 50670300	Bairro: IPUTINGA
Estado: PERNAMBUCO	Cidade: RECIFE
Nome da Mãe: MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS	Acompanhante: IRMAO
Telefone: 8115554	Clínica: CIRURGIA GERAL
Ocorrência: COLISÃO MOTO X CARRO REFERE DOR FRATURA NO FRATURA DE TIBIA E FIBULA TRAZIDO PELOS BOMBEIROS	

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/06/2020	Hora: 12:22
------------------	-------------

Queda Principal/HDA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOTIVISTICO HOJE PRAIA TARDE. RELATA ESTAR PILOTANDO MOTO E COLISÃO COM TRASEIRA DO CARRO FRENTE. REFERE IMPACTO APENAS NO MOTO. PACIENTE CONSCIENTE, NEGA INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. QUEDA DE DOR EM MOTO, SEM OUTRAS QUEIXAS.

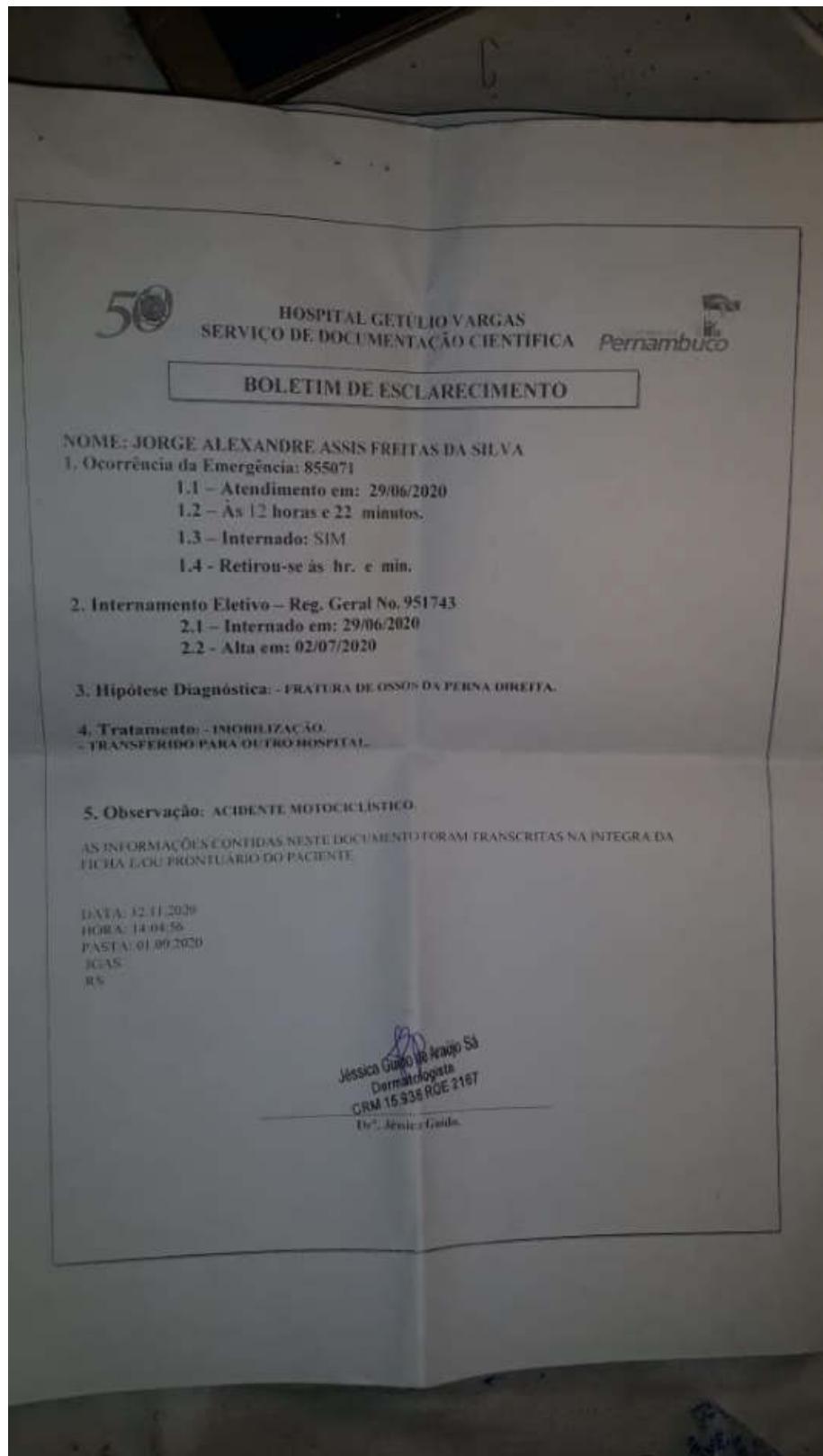
Histórico do Trauma

Ponto de Consciência:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Episódio Sintético:	<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	Tipo:						
Ciclismo:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Tipo:						
Alcanceamento:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:						
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Type:	Sofreu Queda:		<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO		
Quem realizou:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	por:	Transporte Realizado por:					
Condições de imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	por que:						

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Obstáculo faro: <input type="radio"/> SIM	<input type="radio"/> NÃO	Temp:	
B: EUNÉTICO, NORMOCORÁDIGO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO						
B: Respiratório:						
RR: 20/21, BCOV 5/5 SOPROS, FC: 88 BPM						
C: Circulatório						
Pulse:						
RR: 20/21, BCOV 5/5 SOPROS, FC: 88 BPM						
D: Exames Neurológico						
Deficiência Motora: MHD <input type="checkbox"/> HSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> HSE <input type="checkbox"/> Pupiles: Isocônicas <input type="radio"/> Anisocônicas <input type="radio"/>						
Glasgow: Abertura ocular: Glasgow: Resposta verbal: Glasgow: Resposta motora:						
Score:	Score:	Score:	Score:	Score:	Score:	
GLASGOW 15.						
E: Abdômen:						
PIANO, RHA +, DEPRESSÍVEL, INDOLORE À PALPAÇÃO, SEM VMG OU MASSAS.						
Diagnóstico Inicial: FRATURA TIBIA?						
Exames/Conduta:						
SOLICITO LAB, ANGÉLIA, SOLICITO TC ABD, SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.						
Definição do Caso:						
Internamento <input type="radio"/>	Corpo <input type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evaluá-se <input type="radio"/>	Arte <input type="radio"/>	Transférência <input type="radio"/>

ALESSANDRO LUCAS DE OLIVEIRA - CRM: 1010951744
Rescue



look.office.com/mail/inbox/id/AAQkADlkM2NmMjY4LWRmZTctNDA3Yi1hYjhLTgyY2U2NWI2NGZhZQAQALCzEyiUaLVctLUWTlp%2BAfU%... 1/1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 11

ANEXO II

	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNPJ			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNPJ			
HSA						
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			
JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA			687499			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO
						Male: <input checked="" type="checkbox"/> Fem: <input type="checkbox"/>
10 - RACIOCOR			11 - ETNIA			
12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			13 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			
14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE			15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRIO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			18 - UF
						19 - CEP
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				24 - CÓD. 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 Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Osteotomia				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0 4 0 8 0 5 0 5 0 0 0408050500 / 0408050174		
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 Placa DCP + Síntese Estática				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0 7 5 0 0 2 0 0 0 0 0 0 2 0 1 075002000000201 / 0750020174		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL Parafuso Corticalis N° 28/01 - 28/03 ; 30/03				35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0 7 5 0 0 2 0 0 0 0 0 0 2 0 1 075002000000201 / 0750020174		
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0 7 5 0 0 2 0 0 0 0 0 0 2 0 1 075002000000201 / 0750020174		
38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 0 7 5 0 0 2 0 0 0 0 0 0 2 0 1 075002000000201 / 0750020174		
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 cliente e de acordo, imobilização em bota inguinal podálico. Recebe alta e orientações para T.T.T. in cruento 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 DR. HENRIQUE BARBOSA				43 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF		45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 7 1 7 4 6 2 2 8 4 4 0		46 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
AUTORIZAÇÃO						
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR		
49 - DOCUMENTO () CNS () CPF				50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		
51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				52 - ASSINATURA E CARMIM (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		



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 pélvica. 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.

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

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

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

DESCRÍÇÃO 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 14



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 + Ostectomy
CÓDIGO: 0408050500 / 0408060190 / 0408060174

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

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 pélvica. Recebe alta e orientações para T.T.T. Incurto 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 Nasclmento: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 Clinica Cirurgica Ortopédica
CÓDIGO:0308010019

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
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 cliente e de acordo, imobilização em bota Inguino pélvico. Recebe alta e orientações para T.T.T. Incriuento e retorno ao ambulatorio de Dr. Henrique Barbosa.

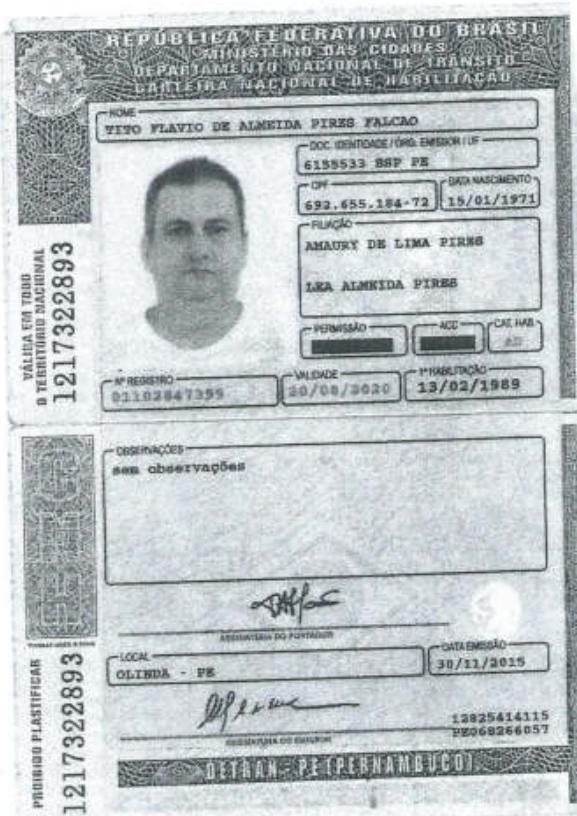
Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 16



ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREM/PE: 3367



VENCIMENTO
25/03/2020

三

VENCIMENTO
25/03/2020

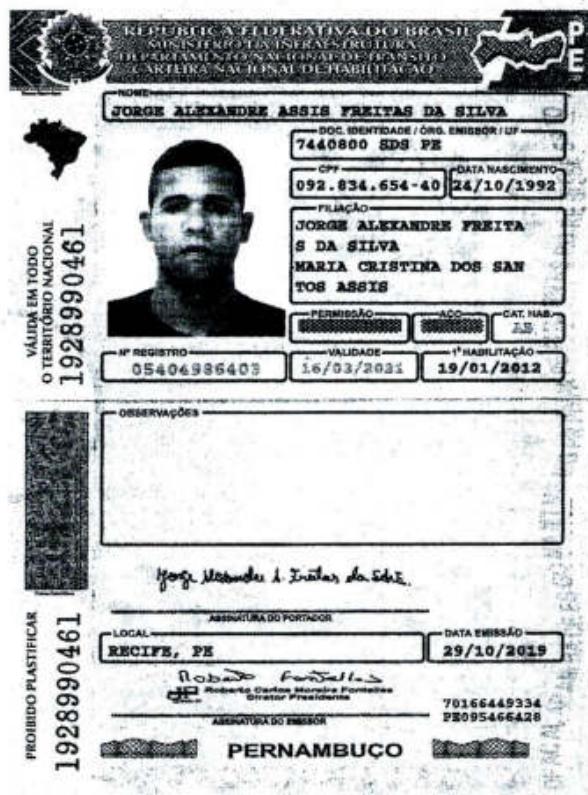


32 14536021 05871 00000002570 10 050220



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Núm. 73598343 - Pág. 17



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351706/20

Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

CPF: 092.834.654-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 19

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351706/20

Vítima: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

CPF: 092.834.654-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 15/01/2021 11:19:05
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511190527100000072140159>
Número do documento: 21011511190527100000072140159

Num. 73598343 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 29/06/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
DA SILVA

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 Freitas da Silveira, brasileiro(a), estado civil jovem, 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: Zumbi, Cidade: Recife, Estado: PE, CEP: 50670-300, Telefone: 98502 4297.

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, 12 de Novembro de 2020.

Jorge Alexandre Assis
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

