

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:

4 - Nome completo da vítima:
09283465440 Jorge Alexandre Pessôa Freitas da Silveira

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 Pessôa Freitas da Silveira		6 - CPF:	09283465440	
7 - Profissão:	Autônomo	8 - Endereço:	Rua Júpiter Lacerda	9 - Número:	172
11 - Bairro:	Recreio	12 - Cidade:	Rio de Janeiro	13 - Estado:	RJ
15 - E-mail:			14 - CEP:	50670300	
			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)

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

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 (valer 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

HOMOLOGAR
Digitalizar
Assinar ou
assinatura
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 Pessôa Freitas da Silveira

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ºCIRC DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **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** Mão: **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:

4 - Nome completo da vítima:
09283465440 Jorge Alexandre Pessôa Freitas da Silveira

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 Pessôa Freitas da Silveira		6 - CPF:	09283465440	
7 - Profissão:	Autônomo	8 - Endereço:	Rua Júpiter Lacerda	9 - Número:	172
11 - Bairro:	Recreio	12 - Cidade:	Rio de Janeiro	13 - Estado:	RJ
15 - E-mail:			14 - CEP:	50670300	
			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)

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: _____

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

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 (valer 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

HOMOLOGADO
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)

40 - Local e Data,

Recife, 13/11/2020
Jorge Alexandre Pessôa Freitas da Silveira

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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



CELPE

LIGA BANAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.235.932/0001-08 | Insc. Est. 0006543-93 | www.celpc.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA F. BORGES ETC. - ANTOLOGIA

CPF 755-525-044 (17 M) 2019-04-30 10:00

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

INDIA DE LOS FILIPINOS AL ALDEA 17

CLASSIFICAÇÃO

B.I. RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM FINS
MORADAS

115220402	1184.4	1209420.29
2008-2020	2008-2020	3034150

0656849029 09/2020

0656849029	09/2020
29/09/2020	22/10/2020
PESO A PESAR 600	
67,86	

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-11600 ate 300 kWh	30.000.000,00	0,10843613	3,28
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70.000.000,00	0,18780617	13,13
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	34.000.000,00	0,28140828	9,56
Consumo-TE ate 30 kWh	90.000.000,00	0,09557474	2,80
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70.000.000,00	0,18041298	11,22
Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	34.000.000,00	0,24061947	8,18
Custo Item PIBA e Minas Gerais			19,29
HSG-CHAVE, A (001114123800-000) 011118809			0,99
Compensação (MN) 0/7/20			-0,58

WATSON'S DIARY

67-32

CONSISTÊNCIA DO CONSUMO DIA A DIAS									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		AP DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
810186	CAT	21/07/2011	5.661,00	22/07/2011	5.661,00	41	1,0000		134,00

Mes/ano	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto	Geração de Energia	R\$	20,88	43,38%
SET/18	1,24			Transmissão	R\$	2,96	6,14%
AGO/18	1,27			Distribuição (Celpe)	R\$	15,57	32,32%
SET/18	1,27			Pérolas de Energia	R\$	5,03	10,28%
JUN/19	1,41			Energias Sustentáveis	R\$	0,00	0,00%
MAR/20	1,36			Itaipu	R\$	2,85	6,04%
ABR/20	1,36			Total	R\$	48,37	100%
MAR/20	4,4						
FEV/19	92						
JAN/20	1,27						
FEV/19	146						
NOV/19	134						
OUT/19	125						
SET/19	79						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no prazo final pelo valor de R\$ 100,00 (cem reais) para obter o seu número de acesso 800-7118910 e recebe 244 contatos comprados em 1º lugar com 100% da lista de leads gerada. Pode ser usado a 1º vez. Mais informações em www.anexos.com.br. O cliente é responsável por todas as taxas e impostos que forem aplicados ao seu uso de nossos serviços.

Envio de emails personalizados. 250 emails por dia. Envio 1 hora. Taxa R\$ 100,00 (cem reais) por dia. Utilização mínima de 10 dias. Envio de SMS com limite de 1000 mensagens por dia. Envio 1 hora. Taxa R\$ 100,00 (cem reais) por dia. Utilização mínima de 10 dias. Envio de WhatsApp com limite de 1000 mensagens por dia. Envio 1 hora. Taxa R\$ 100,00 (cem reais) por dia. Utilização mínima de 10 dias. Envio de e-mail de alertamento com limite de 1000 mensagens por dia. Envio 1 hora. Taxa R\$ 100,00 (cem reais) por dia. Utilização mínima de 10 dias.

www.IBM.com/ibmsoftools/ibmsoftools.htm

CORRIDO	VALORE APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
000	10.200			
DIG	9,20	4,95	3,91	18,62
PIC	2,40	1,17	6,45	11,70
000C	1,00	1,17	0,00	10,00

— 4 —

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)
	MÍNIMO MÁXIMO
370	332 231

Linha 2020-1-12 - PIBD - https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0008434719304941?via%3Dihub - P. 24/39

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
085684302009 09/2020 29/09/2020

67 86



Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

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



CDL ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE CIDADE (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

VENCIMENTO
25/02/2020

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 RESSEGURADO. 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tito Flávio de Almeida Rines Felcas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184 , 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jorge Alexandre Assis Freitas da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 092834654 , 40,
do sinistro de DPVAT cobertura Ronaldo da Vítima Jorge Alexandre Assis 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 Lider-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.

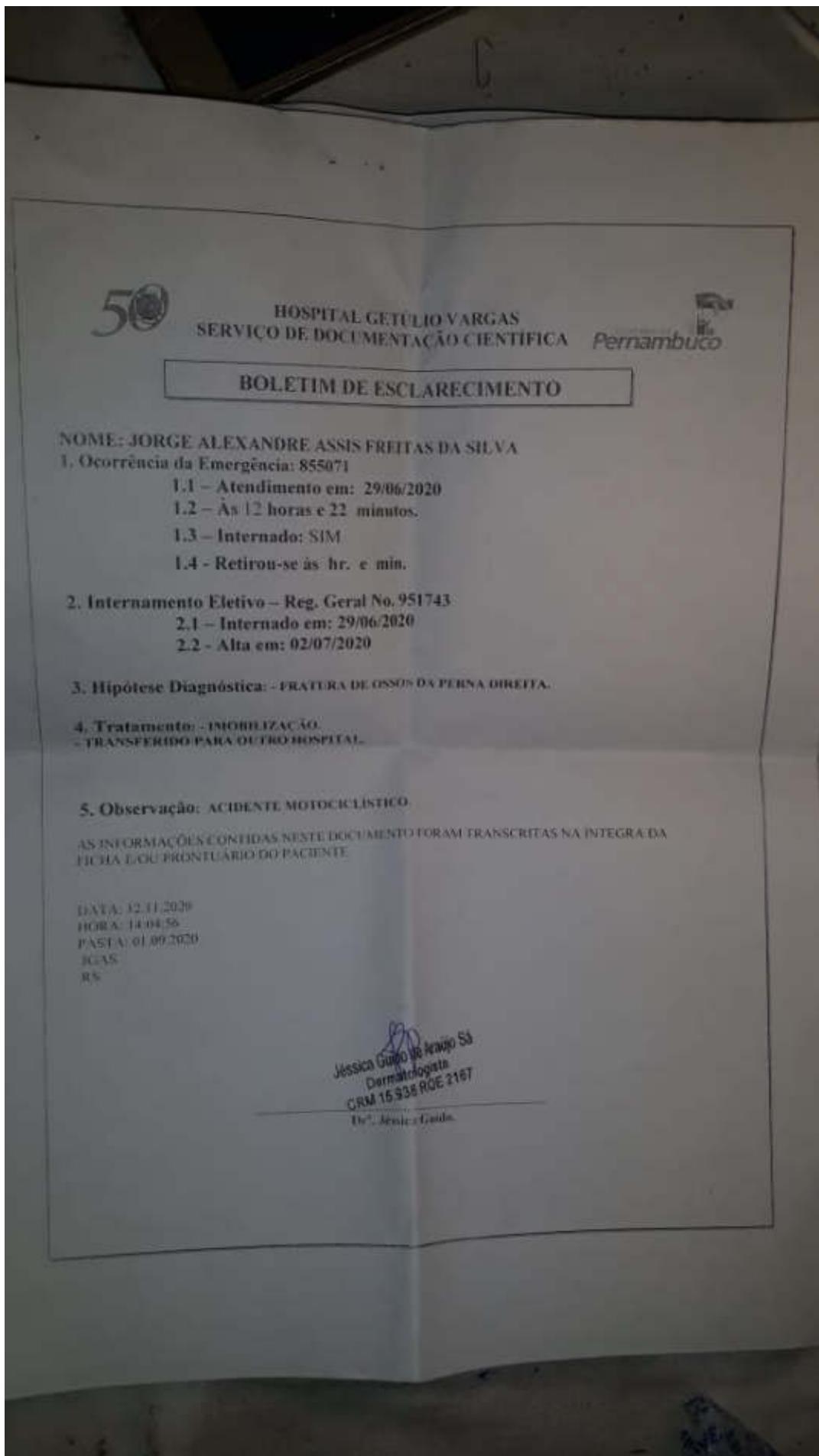
Endereço:	<u>Rua Presidente da Rússia</u>	Número:	<u>409</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Floripa</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>52041730</u>

Local e Data: _____ Recife, 13/11/2020



Assinatura do Declarante

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA		
1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Atendimento: 85571	Prontuário: 0000931743	
Nome: JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA Sexo: MASCULINO CPF: 861.746.800-00 Endereço: RUA ADRIANO LACERDA N° 172 Cidade: RECIFE CEP: 50670300 Estado: PERNAMBUCO Nome da Mãe: MARIA CRISTINA DOS SANTOS ASSIS Acompanhante: IRMÃO Ocorrência: COUSAO MOTOCICLISTA REFERE DOR FRATURA MÉDIA FRATURA DE TIBIA E FÍBULA TRAZIDO PELOS BOMBEIROS		
Data: 24/10/1992 Idade: 27 RG: 7462800 CNH: 706201520451069 Cidade: RECIFE Telefone: 89115554 Clínica: CIRURGIA GERAL		
2 - ATENDIMENTO Data: 29/06/2020 Hora: 17:22		
Queda Principal/HDA PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HOJE PRA TARDE. RELATA ESTAR PILOTANDO MOTO E COLIDIU COM TRASEIRA DO CARRO A FRONTE. REFERE IMPACTO APENAS EM MIO. PACIENTE CONSCIENTE. NEGA INGESTA DE BEBIDA ALCOOLICA. QUEDA DE DOR EM MIO. SEM OUTRAS Quedas.		
História do Trauma		
Pérdida de Consciência: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Episódio Bimósp: <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO Acidente de Trânsito: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:	Acidente de Trânsito: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Tipo:		
Caído: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Tipo:		Motorista: <input type="radio"/> SIM Passageiro: <input checked="" type="radio"/> NÃO
Alçopelamento: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Local de Impacto:		
Vítima de Ferimento: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Tipo:		Sofreu Queda: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO
Queimadura: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO Tipo:		Transporte Realizado por:
Condições de immobilização adequadas: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO		Por que:
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pélvica: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO O paciente fala: <input type="radio"/> SIM <input checked="" type="radio"/> NÃO	Tempo:
SIG: EUPNEICO, NORAMOCORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO		
B: Respiratório:	RRV + EK AHT SJ RA.	
C: Circulatório	PA:	Pulse:
RRR EM 27, BCPM 5, SORPES, FC 88 BPM		
D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: NSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupiles: Isocônicas <input checked="" type="radio"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/>
Glasgo: Abertura ocular: Score: Mota:	Glasgow: Resposta Verbal: Encore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora: Escreve: Hora:
GLASSGOW 15		
E: Abdomen: PLANO, RHA +, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO. SEM VMG OU MASCAS.		
Diagnóstico Inicial: FRATURA TIBIAL		
Exames/ Conduta: SOLICITO LAB. ANAESIA. SOLICITO TC ABD. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.		
Definição do Caso:	Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Ósita <input type="checkbox"/> Terreno de Alta <input type="checkbox"/> Evolução <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Transfusão <input type="checkbox"/>	
ALESSANDRO LUCAS DE OLIVEIRA - CRM: Nº 28474 Respeito		





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO(S) E/OU PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HSA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

657499

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SÉXO

10 - RACIAÇÃO

10.1 - ETNIA

Masc. Fem. 3

11 - NOME DA MÃE

12 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - FONE DE CONTATO

N° DO FONE

15 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

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

**Tratamento Cirúrgico de Fratura dos Ossos da Perna Direita +
Osteotomia + Osteotomia**

30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0 4 0 8 0 5 0 5 0 0

0408050190 / 0408050174

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Placa DCP e Sutura Essentia

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

0 7 8 0 0 2 0 0 3 0 0 0 0 2 0 1 0 1

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Pafórmate Cortante NC 28/01 / 28/03 / 30/03

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

0 7

38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39-QTDE

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 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.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

DR. HENRIQUE BARBOSA

44 - DOCUMENTO - 45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

7 1 7 4 6 2 2 8 4 4 0

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISOR - 49-DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

50 - DOCUMENTO - 51 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

Página 1

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 pélvico. 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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antisepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + dissecção 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 + Ostectomia
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 inguinal pélvica. 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:

Dr. Henrique Barbosa
CRM-PE 10531
OCA 10531

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 TORNOCÉLO | 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	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 Ingulno pélvico. Recebe alta e orientações para T.T.T. Incurto e retorno ao ambulatório 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.



Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

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



VENCIMENTO
25/02/2020



CDL ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE CIDADE (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

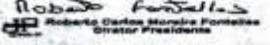


VALIDADE EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1928990461

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 FREITA S DA SILVA MARIA CRISTINA DOS SAN TOS ASSIS		
PERMISSÃO [redacted]	ACO [redacted]	CAT. HAB. A2
Nº REGISTRO 05404986403	VALIDADE 16/03/2021	1ª HABILITAÇÃO 19/01/2012

OBSERVAÇÕES
[redacted]

Jorge Alexandre A. Freitas da Silva.

ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL RECIFE, PE	DATA EMISSÃO 29/10/2015
 Roberto Carlos Moreira Fontelles Gestor Presidente	
ASSINATURA DO EMISSOR	70166449334 PE095466428
PERNAMBUCO	

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

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

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: Recreio dos Bandeirantes, Cidade: Ribeirão Preto, Estado: SP, 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 Morais, 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 Morais, 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

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade