

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 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 Ipiranga Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Reutunga 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 ☐ 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 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 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 Lider 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 - Impossibilidade de assinar a pedido (a rogo) ☐ ☒ 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)



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 (DESPESES 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 Ipiranga Lacerda 9 - Número: 172 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Reunção 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 ☐ R\$1.000 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 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 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 Lider 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 - Impossibilidade de assinar a pedido (a rogo) 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)

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. 0005943-93 | www.cepei.com.br

BI RESIDENZA AL
BADA RENDIA COMITATO
MONTASCHIO

HOLLAND LIFE
 MEDICAL
 50675-200

IDENTIFICAÇÃO	NOME DO CLIENTE	Nº DA ENTREGA
7034303	ADRIANO C	3254150

CODICE CONTINUTI	REDAZIONE
0656849029	09/2020
DATA DI VERSAMENTO	DATA DI PAGAMENTO
29/09/2020	22/10/2020
UTILE A PAGARE	67,86

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo TIGD ate 30 kWh	30,00000000	0,10948663	3,28
Consumo TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,18780617	13,13
Consumo TUSD superior a 100 ate 250 kWh	34,00000000	0,28140826	9,56
Consumo TE ate 30 kWh	30,00000000	0,08557474	2,80
Consumo TE superior a 30 ate 100 kWh	70,00000000	0,18041298	11,22
Consumo TE superior a 100 ate 250 kWh	34,00000000	0,24061947	8,18
Custo de Trans. Distrib. e Man. gnd			19,29
PREÇO COMERCIAL (R\$) 1,1472			0,90
Compensação kWh			-0,50

67.86

ADMINISTRATIVO DE CONSUMO D'ÁGUA - NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (LITROS)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
910186	CAT	21/05/2011	55.000 (38)	05/06/2011	12.214,370	42	1.000000		134,00

RENTA POSITIVA DE CONTRIBUCIÓN		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
Mes/mes (m/m)					
SET-20	1,24				
AGO-20	1,27				
JUL-20	1,31				
JUN-20	1,43				
MAY-20	1,30				
ABR-20	0,90				
MAR-20	44				
FEB-20	92				
JAN-20	1,27				
DEC-19	146				
NOV-19	134				
OCT-19	125				
SEP-19	79				
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DEL IMPUESTO A	
		ICIES			
		PIS	45,17	1,00	5,50
		COFINS	45,17	4,70	2,40
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	
		CONTRIBUCIONES DE TRIBUTACIÓN		VALOR DEL IMPUESTO A	

[illegible]

the company also provides the
first comprehensive overview of the
41 airports in the U.S. to provide
a complete picture of a nation's
airports as a whole. It is a
complete, authoritative resource for
any airport or airline.

[illegible]

Landes (47%) 1:32 2510 - 1996 - 1997 - 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 - 2598 - 2599 - 2600 - 2601 - 2602 - 2603 - 2604 - 2605 - 2606 - 2607 - 2608 - 2609 - 2610 - 2611 - 2612 - 2613 - 2614 - 2615 - 2616 - 2617 - 2618 - 2619 - 2620 - 2621 - 2622 - 2623 - 2624 - 2625 - 2626 - 2627 - 2628 - 2629 - 2630 - 2631 - 2632 - 2633 - 2634 - 2635 - 2636 - 2637 - 2638 - 2639 - 2640 - 2641 - 2642 - 2643 - 2644 - 2645 - 2646 - 2647 - 2648 - 2649 - 2650 - 2651 - 2652 - 2653 - 2654 - 2655 - 2656 - 2657 - 2658 - 2659 - 2660 - 2661 - 2662 - 2663 - 2664 - 2665 - 2666 - 2667 - 2668 - 2669 - 2670 - 2671 - 2672 - 2673 - 2674 - 26

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0658/4/0/20	09/2020	29/09/2020	67,86

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1217322893

NOME
TIPO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6155533 BPF PE

CPF
692.655.184-72

DATA NASCIMENTO
15/01/1971

PLACAO
AMAURY DE LIMA PIRES
LEA ALMEIDA PIRES

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
A.D.

Nº REGISTRO
01102847359

VIGÊNCIA
30/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/02/1989

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

12225414115
PE068266057

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893

Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

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

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE

 Correios



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

VENCIMENTO
25/02/2020

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

Pelo exposto, eu Sito Floriano do Almeida Pires Felcas
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jorge Alexandre Assis Freitas da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 092834654, 40,
do sinistro de DPVAT cobertura Tercialidade da Vítima Jorge 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>Alipódromo</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: 5009951743

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

Sexo: MASCULINO CPF: RG: 7442800 CNIS: 706201520451069

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

CEP: 50670309 Estado: PERNAMBUCO Telefone: 85115554

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

2 - ATENDIMENTO Data: 29/06/2020 Hora: 17:27

Queixa Principal/HDA:
 COLISÃO MOTO X CARRO REFERE DOR FRATURA MED FRATURA DE TÍBIA E FIBULA TRAZIDO PELOS BOMBEIROS.

História do Trauma:

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Espalhos Símicos:	<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:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Motociclista <input type="radio"/> Passageiro <input type="radio"/>		
Atrópelamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Sem Ferida Queda <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		
Queimadura:	<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 permeável:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Temp:
REG. EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO					
S: Respiratório:					
RV + SH AHT S/ RA.					
C: Circulatório	PA:	Pulso:			
REC EN 27, BCNF S/ SOPROS, FC 88 BPM					
D: Exames Neurológico		Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> HSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóncas <input type="radio"/> Anisocóncas <input type="radio"/>	
Glasgow: Abertura ocular:		Glasgow: Resposta Verbal:		Glasgow: Resposta Motora:	
Score: Nota:		Score: Nota:		Score: Nota:	
GLASGOW 15.					
E: Abdômen					
PLANO, RHA +, DEPRESSIVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM VMG OU MASSAS.					
Diagnóstico Inicial: FRATURA TÍBIA?					
Exames/ Conduta:					
SOLICITO LAB. ANAGLISIA, SOLICITO TC ABD, SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia.					
Definição do Caso:					
Internamento <input type="radio"/> Cirurgia <input type="radio"/> Óbito <input type="radio"/> Terno de Alta <input type="radio"/> Evadido-se <input type="radio"/> Alta <input type="radio"/> Transferência <input type="radio"/>					

ALZ SANDRO LUCAS DE OLIVEIRA - CRM: 19.28474
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

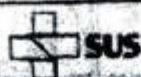
2.2 – Alta em: 02/07/2020

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 PACIENTEDATA: 12.11.2020
HORA: 14:04:56
PASTA: 01.09.2020
JGAS
RSJéssica Guipó de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.535 RQE 2167
Dr.ª Jéssica Guipó



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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO INSULTANTE

HSA

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JORGE ALEXANDRE ASSIS FREITAS DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

687499

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

30 - CDD. 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 4 Soma Estrela

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Parafusos Corticais Nº 26/01 / 28/03 / 30/03

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QITDE

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

39 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

07

40 - QITDE

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 cientes e de acordo, imobilização em bota inguino pódica. Recebe alta e orientações para T.T.T. incurso 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

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

7 1 7 4 6 2 2 6 4 4 0

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

AUTORIZAÇÃO

Página 1

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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 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 + Osteotomia.

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 ambulatorio 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
Cirurgião Geral

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 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.

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
09/07/2020

Azarias Salgado
Assinado digitalmente
09/07/2020

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

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1217322893

NOME
TIPO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6155533 SSP PE

CPF
692.655.184-72

DATA NASCIMENTO
15/01/1971

PLACAO
AMAURY DE LIMA PIRES
LEA ALMEIDA PIRES

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
A.D.

Nº REGISTRO
01102847359

VALIDADE
30/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/02/1989

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

12825414115
PE068266057

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893

Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

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

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE

 Correios

VENCIMENTO
25/02/2020


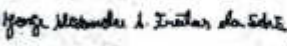



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

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 INFRA-ESTRUTURA			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
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 0000000000	ACC 00000000	CAT. HAB. 2.5
Nº REGISTRO 05404986403		VALIDADE 16/03/2021	1ª HABILITAÇÃO 19/01/2012
OBSERVAÇÕES			
			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL RECIFE, PE		DATA EMISSÃO 29/10/2019	
 Roberto Carlos Moreira Fontelles Diretor Presidente		70166449334 PE095466428	
ASSINATURA DO EMISSOR			
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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 Freires da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 7.440.800 SDS,
CPF/MF sob nº 092.834.654-40, residente e domiciliado à rua
Rua Agripino Lacerda, nº 172,
Bairro: Repartição, 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 Freires da Silva
OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade