

GENTE SEGURADORA S/A
CNPJ nº 90.180.605/0001-02
Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 430 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060
FONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIDORIA 0800 607 0888
www.genteseguradora.com.br



Gente
Seguradora

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

☒ PROCESSO NOVO ☐ DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO

COBERTURA RECLAMADA: ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

☒ VÍTIMA ☐ BENEFICIÁRIO ☐ PROCURADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Thiago Henrique S. de Jesus

CPF: 110.500.444-95 **ENDEREÇO:** R- MANOEL SALV DE SOUZA **Nº:** 214

COMPL.: — **CEP:** 54.774-050 **BAIRRO:** ALBERTO MAIN

CIDADE: GAMARA GIBB **ESTADO/UF:** PERNAMBUCO

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9.8403-0777 **e-mail:** —

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: — / — / — **Nº DO BOLETIM:** —

DELEGACIA: — **ESTADO/UF:** —

DATA DO SINISTRO: 08/10/2015

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: ☐ TRANSPORTADO ☐ NÃO TRANSPORTADO ☒ MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? ☐ SIM ☐ NÃO **PLACA:** — **TIPO DE VEÍCULO:** —

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: ☐ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA **BANCO:** —

Nº DA AGÊNCIA: — **Nº DA CONTA:** —

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: —

CIC/CPF: — **ENDEREÇO:** —

COMPL.: — **CEP:** — **BAIRRO:** —

CIDADE: — **ESTADO/UF:** —

TELEFONE DE CONTATO: () — **e-mail:** —

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Nº: —
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5
Gratuito - Recife / PE

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

Recife, 26 de outubro 2016
LOCAL E DATA

* THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS:

GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE Av. Carlos Gomes, 590 - Boa Vista CEP: 91040-000 Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-4475	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP Av. 3 de Julho, 432 - Jardim Paulista CEP: 01426-100 Fone: (11) 3254-3477	GENTE SEGURADORA - FLOIANÓPOLIS/SC Rua Amel Vaz Guedes, 430, Lapa 5 - Centro CEP: 89010-150 Fone: (48) 3241-8288 / (48) 3241-8887	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ Praça São Sebastião, 63, Lapa 5 - Centro CEP: 20000-000 Fone: (21) 3542-4453 / (21) 3542-4455	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 425 - Centro CEP: 80030-100 Fone: (41) 3375-4544 / (41) 3375-4545	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG Avenida Brasil, 554, Lapa 5 - Pampulha CEP: 31040-000 Fone: (31) 3235-8288 / (31) 3235-8289
--	---	---	--	--	--

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

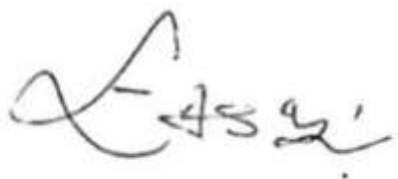
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150904399 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia e fíbula do membro inferior direito.

Descrição do exame médico pericial: Limitação da adm do joelho a flexo extensão, deformidade em varo, discreto encurtamento em relação ao membro contra-lateral, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.
Não houve complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FX DE TIBIA E FIBULA DO MEMBO INFERIOR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO DA ADM DO JOELHO A FLEXO EXTENSAO, DEFORMIDADE EM VARO, DISCRETO ENCURTAMENTO EM RELACAO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REDUÇÃO DA ADM DO MEMBRO, DEFORMIDADE E ALTERAÇÃO A MARCHA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/04/2018

Conduta mantida: Sim

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS** Sinistro: **3150904399** Data: **08/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CEARA, 214 - ALBERTO MAIA - Camaragibe - PE - CEP 54774-050**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **8014685**

Data local do exame: [**10/11/2015**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta dos ossos da perna direita. Ao exame vítima apresenta marcha claudicante. Encurtamento do membro inferior direito. Edema residual. Bloqueio dos movimentos do joelho e tornozelo direitos.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecano cirúrgica e osteossíntese com placa e parafusos. Cirurgia sem intercorrências.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(**X**) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia e fíbula do membro inferior direito.

Descrição do exame médico pericial: Limitação da adm do joelho a flexo extensão, deformidade em varo, discreto encurtamento em relação ao membro contra-lateral, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.
Não houve complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2015

Carta nº: 8045721

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2015

Carta nº: 8117157

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2015

Carta nº: 8166315

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, **caso existam sequelas definitivas e permanentes**, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2016

Carta nº: 9994084

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10043612

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10108183

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000055329-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**

Nº Sinistro: **3160665883**

Vitima: **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**

Data do Acidente: **08/08/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3160665883**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Thiago Henrique S. de Jesus,
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.014.685 EXPEDIDO POR SOS-PE EM 20/03/06 E
CPF 1100500444-915 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO PECUSA,
E RENDA MENSAL DE R\$ PECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.700,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3017 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 55329-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 26 de outubro de 2016.

LOCAL E DATA

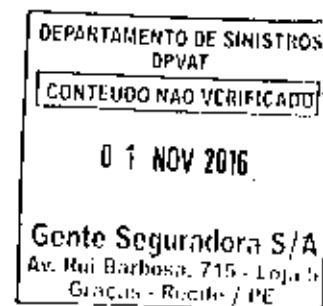
+ Thiago Henrique Silva de Jesus

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3160665883
Nome do(a) Examinado(a): Thiago Henrique Silva de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Salu de Souza, 214 B
Estacao Nova Camaragibe PE CEP: 54774-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 06311093145
Data local do acidente: [08/08/2015]
Data local do exame: [26/04/2018] Olinda [PE]



Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FX DE TIBIA E FIBULA DO MEMBO INFERIOR DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NAO HOUVE.
Data da Alta: AGOSTO/DE/2016
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITACAO DA ADM DO JOELHO A FLEXO EXTENSAO, DEFORMIDADE EM VARO, DISCRETO ENCURTAMENTO EM RELACAO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITACAO DA ADM E CLAUDICAÇÃO A MARCHA.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
 CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Thiago Henrique Silva de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Salú de Souza, 214 B
Estação Nova Camaragibe PE CEP: 54774-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 06311093145
Data local do exame: [19/11/2016] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica


- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta de tibia e fibula do membro inferior direito.
Limitação da adm do joelho a flexo extensao, deformidade em varo, discreto encurtamento em relacao ao membro contra-lateral, marcha claudicante.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Limitação da adm do membro, deformidade no membro e alteração a marcha.
Data da alta: Agosto de 2015.
Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.
Complicações: Não houve.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
Limitação da adm do joelho a flexo extensao, deformidade em varo, discreto encurtamento em relacao ao membro contra-lateral, marcha claudicante.
- Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() “Vítima em tratamento”
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>() “Exame não permite conclusão”
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>() “Sem sequela permanente”
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
Membro inferior - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = “100% da IS”
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Borba
CREMEPE 21286

11379531/16
371055

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0169000468**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/10/2015** às **16:54**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/8/2015** às **10:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO** - Bairro: **DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO FERREIRA LIMA (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**

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

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSELMA RITA DA SILVA** Pai: **CELSON JOSE EDEIROS** Data de Nascimento: **24/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8014695/SDS/PE (RG), 11050044495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CEARA, 214, ALBERTO MAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO FERREIRA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N D** Pai: **N D** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075, APTº 402 - CEP: 52050020 - Bairro: AFLITOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **VEICULO EM NOME DE ANTONIO FERREIRA LIMA END. AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN4440 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **93991856** Chassi: **9C2JC30708R065636**
Descrição: **FAN**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP0798** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **589867830** Chassi: **9BHBH51DREP18775**
Descrição: **HB20 1.6A PREMI**

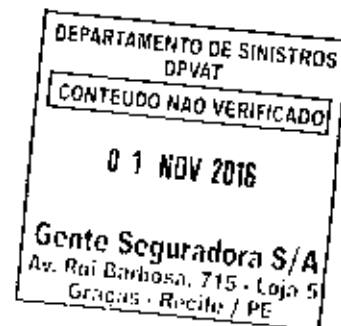
Complemento / Observação

COMPARECEU O SR. THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, RELATA O MESMO QUE NO DIA 08 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, QUANDO O MESMO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO HONDA PELA RUA DR. JOSE MARIANO, NAS IMEDIAÇÕES DA MADER CENTER, NO BAIRRO DOS COELHOS, QUE O VEÍCULO HD20 SAIU DO ESTACIONAMENTO DA MADER CENTER ENVADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO Nº 517409/2015. CASA AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE.

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

B.O. registrado por: **PEDRO ALVES DA SILVA** - Matrícula: **1597833**

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS. /CPF: 110.500.444-95
*THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

DNT

Eu, THIAGO HENRIQUE S. de JESUS, portador da carteira de identidade nº 8.014.685, e inscrito no CPF/MF sob o nº 170.500.444-95, residente e domiciliado na RUA CEARÁ, 214b, ALBERTO MAÍIA, Cidade AMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

+ THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECIFE 26, de outubro 2016

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
D 1 NOV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



PRF 0015 102304-4310 11/01/2015



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

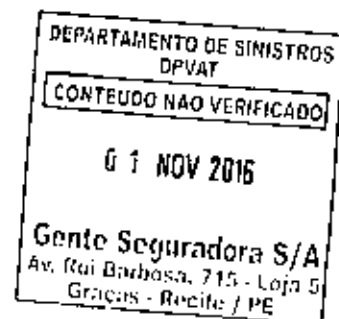
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 044.09.2015
EM: 15.09.2015

Atendendo ao requerimento do Sr. **FABIANO PEREIRA BARBOSA**, portador da Carteira de Identidade RG nº **6330222** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.002.094-61**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S- 32232**, que no dia 08 de agosto de 2015, do paciente Sr. **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, portador da Carteira de Identidade RG nº **8014685** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **110.500.444-95**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 10h12, vítima de colisão envolvendo moto, no Cais José Mariano, nas imediações da Mader Center, no bairro Coelhos, em Recife-PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.
Recife, 15 de setembro de 2015.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU SAMU Metropolitano do Recife
192 Mat.92.548-9



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: 23/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000055329-0

Nr. da Autenticação 7FC54AB3E459FE05



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: TILACIO HERONIMO SILVA DE JESUS

Foi atendido às _____ hs do dia 02/08/15

Diagnóstico Provável: Pericúto da articulação
metacarpo com fratura proximal
distal de 1º metacarpo (D), fratura de
base de osso do primeiro
CID= S82

Tratamento Realizado: Pericúto submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de osso de primeira, fratura
distal de osso do primeiro

Observação: Ao ambulatório de Ortopedia em
15 dias
- Medicar por 15 dias

Cópia de: Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
Medico - Ortopedia

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
C 1 NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Gracás - Recife / PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 517409/2015

NOME: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às 10h51 do dia 08.08.2015

Diagnóstico provável: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DE
PERNA DIREITA.

(ACIDENTE QUEDA)

Tratamento realizado: CRANAGIA DA FRATURA EXPOSTA
DA TÍBIA DIREITA EM 08-08-2015.
EXAMES COMPLEMENTARES.

Obs. ALTA - 11-08-2015

Imagem de Rolo SPM. ACIDENTE DE TRABALHO
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAMF
CRM: 4593

MÉDICO - CRM No. 4593

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572

PRÓTESE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco


Hospital da Restauração

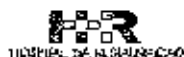
6418

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

517409		Data e Hora de Atendimento: 08/08/2015 10:51		Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL	
Cod. Paciente: 1505327		Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS			
Data de nascimento: 24/11/1991		Idade: 23a 8m 14d		Sexo: MASCULINO	
Estado Civil: SOLTEIRO		Profissão:		Acompanhante:	
DOC ID / Data expedição /		Mãe: ROSELMA RITA DA SILVA		Cartão SUS: 707004802767139	
Pai: CELSON JOSE MEDEIROS DE JESUS		Endereço: RUA CEARA-MIRIM		Número 214	
Bairro: ALBERTO MAIA		Cidade: CAMARAGIBE		Complemento:	
UF: PE		Telefone: 34587725			
Ocorrências:					
Motivo do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISÃO)					
Procedência: VIA PUBLICA					
Informações do Serviço Social: 08/08/2015 - Paciente atendido em UPA					
Confirmação de nome:				Fones:	
Confirmação de endereço:				Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>					
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input checked="" type="checkbox"/>					
Outros <input type="checkbox"/>					
Observação:				Assistente Social	
História Clínica:					
<p>Queda de moto com trauma em punha direita 1h.</p> <p>Ferimento na punha direita.</p> <p>Não desmaiou, vomitou.</p>					
Atendimento Médico:					
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Tipo: <input type="checkbox"/> Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/> Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/> Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Por Que? <input type="checkbox"/>					
Exame Físico:					
A: Geral: Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Temp: <input type="checkbox"/>					
B: Respiratório					
C: Circulatório					
PA: X mm Hg Pulso: 01 NOV 2016 bpm					
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE					



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Fract. Exposta de fêmur (D)

Cod. Procedimento

Conduta:

Rx: Perna (D), Bacia
cefalotina 2g + AD IV
Tramadol 50mg + 100ml FCF

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado☐ Inalterado ☐ Piorado☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____

Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____

Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: _____ Hora: _____	Escore: _____ Hora: _____	Escore: _____ Hora: _____

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Fract. exposta de fêmur (D)

Cod. Procedimento

Condução:

Rx: perna (D), facia

cefotina 2g + AD IV

Transf 50mg + 100ml SFC, 8/17

145 g/L Hb, 114 g/L Ht

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Condição de Alta:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado

Internado na Clínica:

☐ Inalterado

☐ Piorado

Transferido para:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirurgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15

PRÓTESE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Thiago Henrique Silva de Jesus

Foi atendido às _____ hs do dia 06 de 15

Diagnóstico Provável: Doença da articulação
do ombro com quadro clínico
de dor e limitação de movimento
devido à artrose

CID-9 582

Tratamento Realizado: Prescrição de analgésicos
e fisioterapia
de fortalecimento muscular

Observação: Ao atendimento de urgência
em 06/11/15
por dor no ombro

Cópia de: _____
_____ Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEOP 23258
Médico - CRM nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

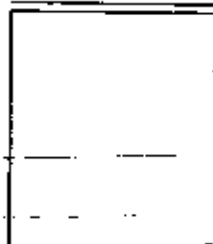
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39



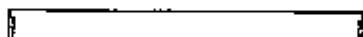
Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAI OE VOMITOS

Observação:

PA 130 X 80
HGT - 112
SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- FRATURA EXPOSTA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA

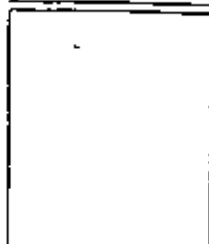
Data: 08/08/2015 10:39

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39



Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:



AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAI OE VOMITOS

Observação: PA 130 X 80
HGT - 112
SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA

Data: 08/08/2015 10:39



Estrada do Encanamento, 61 - Pamamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 035594

1ª Via Fixa

Hospital H.R. Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus Data da Cirurgia: _____
Médico: Dr. Roberto Telino Membro Operado: Perna (D)

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
01 Placa LCP 14 furos + parafusos			

1007-7-1000-7
Tecnologia / Ortopedia
12/10/10
[Signature]

FATURADO

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 6
Graciosa - Recife / PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/08/15 SRPA DUMMO

Pct no POI de tratamento cirúrgico de fratura exposta de tíbia D, admitido em ambiente ventilado espontâneo, consciente, orientado, em punie. Sp O₂ 99.6

Cd. Atte do SRPA

Dr. Rufino Magalhães
Cirurgião Vascular
CREMEPE 23391

08/08/15: Pct admitido na SRPA no POI de fratura de tíbia D, TGR, consciente, orientado, AVP ASE. Atte do SRPA e trans-
missão p/ 601-8. *[Signature]*

Dr. Monique Vieira

CORENPE 528

8:40: Admitido na Traumatologia, consciente, orientado POI de Tíbia D, AVP/ASE p/ radiografia + antibiótico. *[Signature]*

Dra. Cândia B. Araújo

Enfermeira

CORENPE 272293

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39



Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 24/11/1991

Sexo: Masculino

Idade: 23

Senha: U0018

Convênio:

Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAI OE VOMITOS

Observação: PA 130 X 80
HGT - 112
SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA

Data: 08/08/2015 10:39

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

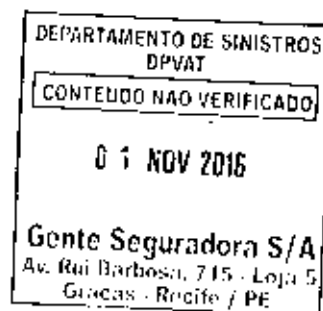
DATA: 11/08/2015

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA
- 3 - ALTA Hospitalar



Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

DATA: 10/08/2015

HD: FRATURA EXPOSITA DE TIBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

DATA: 11/08/2015

HD: FRATURA EXPOSITA DE TÍBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA
- 3 - ALTA HOSPITALAR

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256

FICHA DE ANESTESIA

Data

07/08/15

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Paciente

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sexo

M

Cor

Bx

Idade

23a

Risco

II

CRM

Nome do Anestesiologista

186604

MACHADO

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

PRONT: 1505324

Urgência

☐ Não

☒ Sim

Cirurgia

Horário

15:30h

16:30h

17:30h

18:30h

O₂

ABP

SEVO

FEN

Líquidos

33 34 34 33 34 34 33 34 34 34 33 33

PSR

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100 100

Drogas Usadas

Quantidade

1) MIDAZOLAM 5mg

2) FENANIL 500mg

3) XYLO SI VASO 2% 100ml

4) PROPOFOL 250ml

5) SUCCINILCOLINA 100ml

6) ROCURÔNIO 30mg

7) ALFENANIL

8) REFAZOLINA 2g

9) CETOPROFENO 100mg

10) DEXAMETASONA 10mg

11) BROMOPRIDO 20mg

12) RANITIDINA 50mg

13) DIMORF 5mg

14) DIPIRONA 2g

Técnica Anestésica

ANEST. GERAL BALANÇO

PRÉ-OXIGENAR, INDI

VENDO EM SEQUÊNCIA

RÁPIDA, TOT COM TUBO

N. 8.0 COM CUFF; MM, VE

VE = 780ml, REEP = 5 cr

H₂O, F₂O₂ = 4L/MIN (50%)

FR = 10T/PM, SISTEMA CIR

CUFF FECHADO COM

ABSORVEDOR DE CO₂

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☒ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Esfex. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IAP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sono profundo

☐ Intubado

Destino

☐ SRFA

☐ Apnã / Ent

☐ UTI

☐ Exame

Intercorrência:

☒ Não

☐ Sim

Descrever:

1) PACIENTE NEGRO ALERGICAS, HAXE

DM 2; ASMA; PESO: 105kg

Observações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 NOV 2016

Assinatura do Anestesiologista:

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5

Graciosa - Recife / PE

PACIENTE Thiago Henrique Silva JesusREGISTRO 1505327CIRURGIA Fratura exposta de tíbiadata 08/08/15 CIRCULANTE Marli

QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	QUANT	MEDICAÇÃO	QUANT	MEDICAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 25x07		Fio prolene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
<input checked="" type="checkbox"/>	Agulha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml		Naloxona (narkan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaína
	Agulha de bloqueio()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
<input checked="" type="checkbox"/>	Atad. Crepe		Fita cardíaca		Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessada	<input checked="" type="checkbox"/>	Gaze		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	<input checked="" type="checkbox"/>	Lâmina bisturi nº (13)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat venopunção nº	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Luva cirúrgica 8.0		Decadron		Soro fisiológico
	Cera óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado()aberto()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepan		Soro glicosado
<input checked="" type="checkbox"/>	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc () 20cc ()		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	conexão 2 vias		Sist. de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelicin)
<input checked="" type="checkbox"/>	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro	<input checked="" type="checkbox"/>	Sonda nosogástrica nº (14)		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado 2.0		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaína c/a
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio cromado 3.0		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaína s/a
	Fio de aço	<input checked="" type="checkbox"/>	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaína 2ml
	Fio de aço				Gelafundin		Xilocaína geléia
	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		
	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de algodão s/a 7.0				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 2.0				Hypnomidate		
<input checked="" type="checkbox"/>	Fio de nylon 3.0				Isoflurano		
	Fio prolene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio prolene c/a				Manitol		
	Fio prolene s/a				Meperidina (Dolantina)		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE

Turipe Henrique F.

ENF./LEITO

603-8

REGISTRO N.º

517409

DIA 9/8/15

DIA 9/8/15

DIA

DIA

DIA

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1) Vit. K ₁ 100 mg - 01 amp			
2) Vit. B ₁₂ 1000 mcg - 01 amp			
3) Vit. C 1000 mg - 01 amp			
4) Vit. E 100 mg - 01 amp			
5) Vit. A 1000000 UI - 01 amp			
6) Vit. D ₃ 100000 UI - 01 amp			
7) Vit. K ₂ 100 mg - 01 amp			
8) Vit. B ₆ 100 mg - 01 amp			
9) Vit. B ₁ 100 mg - 01 amp			
10) Vit. B ₂ 100 mg - 01 amp			
11) Vit. B ₃ 100 mg - 01 amp			
12) Vit. B ₅ 100 mg - 01 amp			
13) Vit. B ₇ 100 mg - 01 amp			
14) Vit. B ₉ 100 mg - 01 amp			
15) Vit. B ₁₂ 100 mg - 01 amp			

CUIDADOS
1) Monitorar a M.D.
2) Ex. no dia.
3) Físio + oxig. + Urologia.
4) Urologia + (carga de trabalho)
5) M.D. elevada
6) Não administrar
7) Urina + ve
8) Urina + ur. h. h.

ASSINATURA DO MÉDICO

Marcelo Raul C. Torres
Médico
GEMEPG

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10:20	10:20			
11:00	11:00			
12:00	12:00			
13:00	13:00			
14:00	14:00			
15:00	15:00			
16:00	16:00			
17:00	17:00			
18:00	18:00			
19:00	19:00			
20:00	20:00			
21:00	21:00			
22:00	22:00			
23:00	23:00			
24:00	24:00			
25:00	25:00			
26:00	26:00			
27:00	27:00			
28:00	28:00			
29:00	29:00			
30:00	30:00			
31:00	31:00			
32:00	32:00			
33:00	33:00			
34:00	34:00			
35:00	35:00			
36:00	36:00			
37:00	37:00			
38:00	38:00			
39:00	39:00			
40:00	40:00			
41:00	41:00			
42:00	42:00			
43:00	43:00			
44:00	44:00			
45:00	45:00			
46:00	46:00			
47:00	47:00			
48:00	48:00			
49:00	49:00			
50:00	50:00			
51:00	51:00			
52:00	52:00			
53:00	53:00			
54:00	54:00			
55:00	55:00			
56:00	56:00			
57:00	57:00			
58:00	58:00			
59:00	59:00			
60:00	60:00			

ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
	PA 130x70			
	FC 89			
	FR 20			
	T 35.9			
	130.70			
	T 36.4			

Obs. paciente foi medicado
com prescrição antiga
e foi medicado com sêries



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Thiago Henrique Silva de JesusNº do Registro : 1505327Clínica : TRAUMATO

Nº do Leito :

Operador : Dr. Adauto1º Assistente : Dr. Marcelo2º Assistente : Dr. DeborahInstrumentador : -Anestesista : Dra. Maria LúciaAnestesia : Genal

Duração :

Data da Operação : 08.08.15

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : fratura exposta de tíbia (D)


Diagnóstico Pós-Operatório :

Operação Proposta : Tratamento cirúrgico de fx exposta de tíbia

Operação Realizada :

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- (1) paciente em DDM, sob anestesia geral. (2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estéreis. (3) Ampliação de ferida inicial. (4) Incisão proximal e distal à inicial. (5) lavagem abundante com soro fisiológico. (6) Deslizamento de placa LCP 4,5 em ponte. (7) Fixação com 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais. (8) lavagem com soro fisiológico. (9) Aproximação de planas musculares com Vicryl 2-0. (10) Sutura de pele com nylon 3-0. (11) curativo.


 DEBORAH DE LIMA
 CREA-PE 21403

CON
 TPO CII
 DATA:

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Thiago Henrique Silva de Jesus

Nº do Registro : 1505327

Clínica : TRAUMATO

Nº do Leito :

Operador : Dr. Adauto

1º Assistente : Dr. Marcelo

2º Assistente : Dr. Deborah

Instrumentador : —

Anestesista : Dra Maria Lúcia

Anestesia : GERAL

Duração :

Data da Operação : 08.08.15

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : fratura exposta de tibia (D)

Diagnóstico Pós-Operatório :

Operação Proposta : Tratamento cirúrgico de fx exposta de tibia

Operação Realizada :

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) paciente em DDH, sob anestesia geral. (2) Assepsia, antissepsia e aposição de campos estériles. (3) Ampliação de ferida inicial. (4) Incisão proximal e distal a inicial. (5) lavagem abundante com soro fisiológico. (6) Desbridamento de placa, LCP 4,5 em ponte. (7) Fixação com 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais. (8) lavagem com soro fisiológico. (9) Aproximação de planos musculares com Vicryl 2-0. (10) Sutura de pele com nylon 3-0. (11) curativo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2016

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5,
Graciosa - Recife / PE

COD. 0191

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Triago Henrique Silva ^{foram} REGISTRO: 1509327
IDADE: 23a 8m SEXO: M() F() SETOR DE PROCEDENCIA: Via Pública

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo ANESTESISTA: Mo. Luciana
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Indira CIRCULANTE: marli

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Fratura e Aosta de tibia INICIO 15:40 TÉRMINO 18:10
TIPO DE ANESTESIA: geral INICIO: 15:30 TÉRMINO: _____

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM() REGULAR() ~~GRAVE~~() NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE() ORIENTADO() SONOLENTO() SEDADO() INCONSCIENTE()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA() ~~ENTUBADO~~() TRAQUEOSTOMIZADO() CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: ÍNTEGRA() LESIONADA() CIRCULACAO: ESPONTÂNEA() ~~SONDA~~() DISPOSITIVO URINÁRIO() ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP() TRICOTOMIA() MARCAÇÃO DO SITO CIRÚRGICO: SIM() NÃO() PROTESE DENTÁRIA: SIM() NÃO()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER() LATERAL() ~~DOSSAL~~() ~~VENTRAL~~() GINECOLÓGICA() PROTEÇÃO OCULAR: SIM() NÃO() LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA _____
CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: 17 FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INICIO _____ FIM _____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM() NÃO() QUAL: _____ HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM() NÃO()
GARROTEAMENTO: SIM() NÃO() TEMPO DE GARROTE: INICIO: _____ FINAL: _____
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR() OXÍMETRO() ~~CAPNOGRAFO~~() ~~PNH~~() ASPIRADOR MONTADO() ~~MANTA TÉRMICA~~() AP.VÍDEO() TORPEDO DE NITROGENIO() TORPEDO DE CO2() BISTURI ELÉTRICO() ~~MICROSCOPIO~~() CAVITRON() INTENSIFICADOR() BOMBA DE INFUSÃO() DIPRIFUSOR() ESTIMULADOR DE NERVOS() DERMATOMO() BISTURI ULTRASSÔNICO()
INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM() ~~NÃO~~()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM() NÃO() NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____
CULTURA: SIM() NÃO() EXAMES LABORATORIAIS: SIM() NÃO() GASOMETRIA: SIM() NÃO() RX: SIM() NÃO()



LAUDO RADIOLÓGICO

Nome do Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus

Registro: Nº 285

Exame Realizado: Perna Direita AP e Perfil/ Joelho Direito AP e Perfil

Médico(a) Solicitante:

Convênio: Prefeitura de Camaragibe

Perna Direita AP e Perfil

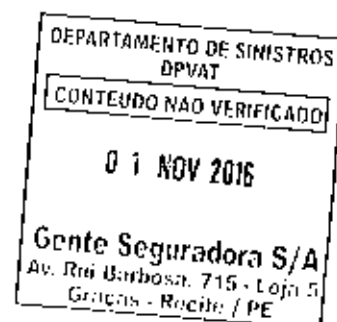
- Sequela de fratura no terço médio da tíbia direita.
- Relações articulares mantidas.
- Tecidos moles sem alterações.

Joelho Direito AP e Perfil

- Estrutura óssea com morfologia e textura preservada.
- Relações articulares mantidas.
- Tecidos moles sem alterações.

Camaragibe, 21 de Outubro de 2015


Dr. Lucia H. V. Lima
Médica Radiologista
CREMEPE 7660



RADIOLOGIA GERAL – MAMOGRAFIA – ENDOSCOPIA

Av. Dr. Belmino Correia, 757, Lj. 19
Piso Inferior – Shopping Camaragibe
Centro – Camaragibe/PE – CEP: 54762-303
Fone: (81) 3456-0242
www.radclin.com.br
radclin@radclin.com.br



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

Lauro (DPVAT)
Leite

THAG Henrique filho
de Jesus filho
de Jansen Elyseu
filho (D) em 2015

no Hospital Alto
e com DISCRETA
Limitação de movimento
dos joelhos

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE
24/04/18
Dr. Fernando Almeida
CR. do RJ
e Tomazado
CRM-PE 11.107

Data: 11

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Registro:

Clínica:

Box/Leito/Enfermaria:

Dr. Fernando Antunes
11/04/18

TIAGO HENRIQUE ALVES
de Jesus filho
2. Ufma 2010
fevereiro 10 em 2015
no Hospital Alto
e com DISCRETA
Limitação a prescrição
de 425

11/04/18

Dr. Fernando Antunes
Cr. do PA
9 Tomaz de
CRIM-PE 11/04/18

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

Data: 11/04/18

COD. 0340

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

DOCUMENTO 6 "T6%"



CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PE		Nº 011971092830	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
1. V. 982180-5		2. ANO 2005	
3. TIPO DE VEICULO: 03 - CARRO			
4. MARCA: CAMARO			
5. MODELO: 1500			
6. ANO DE FABRICACAO: 2005			
7. CATEGORIA: 03 - CARRO			
8. MOTOR: 1500			
9. COBUSTIVO: GASOLINA			
10. HONDA / REG. 125			
11. 28051			
12. 28051			
13. 28051			
14. 28051			
15. 28051			
16. 28051			
17. 28051			
18. 28051			
19. 28051			
20. 28051			
21. 28051			
22. 28051			
23. 28051			
24. 28051			
25. 28051			
26. 28051			
27. 28051			
28. 28051			
29. 28051			
30. 28051			
31. 28051			
32. 28051			
33. 28051			
34. 28051			
35. 28051			
36. 28051			
37. 28051			
38. 28051			
39. 28051			
40. 28051			
41. 28051			
42. 28051			
43. 28051			
44. 28051			
45. 28051			
46. 28051			
47. 28051			
48. 28051			
49. 28051			
50. 28051			
51. 28051			
52. 28051			
53. 28051			
54. 28051			
55. 28051			
56. 28051			
57. 28051			
58. 28051			
59. 28051			
60. 28051			
61. 28051			
62. 28051			
63. 28051			
64. 28051			
65. 28051			
66. 28051			
67. 28051			
68. 28051			
69. 28051			
70. 28051			
71. 28051			
72. 28051			
73. 28051			
74. 28051			
75. 28051			
76. 28051			
77. 28051			
78. 28051			
79. 28051			
80. 28051			
81. 28051			
82. 28051			
83. 28051			
84. 28051			
85. 28051			
86. 28051			
87. 28051			
88. 28051			
89. 28051			
90. 28051			
91. 28051			
92. 28051			
93. 28051			
94. 28051			
95. 28051			
96. 28051			
97. 28051			
98. 28051			
99. 28051			
100. 28051			

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 (O DONATARIO DO VEICULO, SEU TITULAR, SEU PROPRIETARIO, SEU CONDUTOR
 OU SEU PASSAGEIRO, SEU COPILOTEIRO, SEU CONDUTOR DE SEGURO DPVAT
 OU SEU CONDUTOR DE SEGURO DPVAT)

PE Nº 011971092830 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

TIPO DE VEICULO: BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

CANALIZADORA

OPERADOR

PLACA

PLACA

PLACA

HONDA AT 1500 CC 1500 CC

PLACA

51200020 080855330

PREMIO TARIFARIO

PLACA

DEVIAM (R\$)

PLACA

CUSTO DO SEGURO (R\$)

PLACA

TOTAL SEGURO SEGURO (R\$)

SEGURO LIDER DPVAT

COPIA UNICA

FEV-2015

ARUANA SEGUROS
 22 OUT 2015



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **15E0169000468**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/10/2015** às **16:54**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/8/2015** às **10:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO** - Bairro: **DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO FERREIRA LIMA (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**



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

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSELMA RITA DA SILVA** Pai: **CELSON JOSE EDEIROS** Data de Nascimento: **24/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8014695/SDS/PE (RG). 11050044495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CEARA, 214, ALBERTO MAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO FERREIRA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N D** Pai: **N D** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075, APTº 402 - CEP: 52050020 - Bairro: AFLITOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN4440** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **93991856** Chassi: **9C2JC30708R065636**
Descrição: **FAN**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a) **ANTONIO FERREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP0798** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **589867830** Chassi: **9BHBH510REP18775**
Descrição: **HB20 1.6A PREMI**



Complemento / Observação

COMPARECEU O SR. THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, RELATA O MESMO QUE NO DIA 08 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, QUANDO O MESMO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO HONDA PELA RUA DR. JOSE MARIANO, NAS IMEDIAÇÕES DA MADER CENTER, NO BAIRRO DOS COELHOS, QUE O VEICULO HD20 SAIU DO ESTACIONAMENTO DA MADER CENTER ENVADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCLARECIAMENTO Nº 517409/2015. CASA AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE.

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

B.O. registrado por: **PEDRO ALVES DA SILVA** - Matrícula: **1597833**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, portador da carteira de identidade nº 8.014.685 e inscrito no CPF/MF sob o nº 110.500.444-95, residente e domiciliado na RUA CEARÁ, Nº 214, ALBERTO MAIA, Cidade CANARALIBE, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2%*



THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



RELIFE, 14 DE OUTUBRO DE 2015

Local e data




Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 044.09.2015
EM: 15.09.2015



Atendendo ao requerimento do Sr. **FABIANO PEREIRA BARBOSA**, portador da Carteira de Identidade RG nº **6330222** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.002.094-61**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S- 32232**, que no dia 08 de agosto de 2015, do paciente Sr. **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, portador da Carteira de Identidade RG nº **8014685** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **110.500.444-95**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 10h12, vítima de colisão envolvendo moto, no Cais José Mariano, nas imediações da Mader Center, no bairro Coelhos, em Recife-PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.
Recife, 15 de setembro de 2015.


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU SAMU Metropolitano do Recife
Mat. 92.548-9





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUSRG nº 8.014.685, data de expedição 02 / 03 / 15, Órgão SOS/PE,

CPF nº 110.500.444-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CEARÁ</u>
Número	<u>214</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ALBERTO MAIA</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54774-050</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.8653-2512</u>
E-mail	

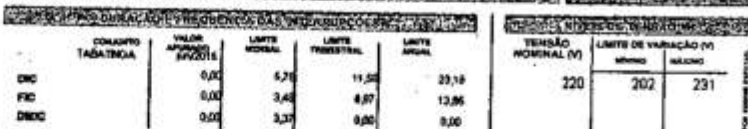
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE, 14 DE OUTUBRO DE 2015.Assinatura do Declarante: THIAGO HENRIQUE S. DE JESUS

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

DO CLIENTE

CAIXA Loterias



3010063998810102015

NOME: _____ DATA DE RECEBIMENTO: _____



DEVOLUÇÃO

☐ MUDOU-SE ☐ NÃO EXISTE O N.º

☐ ENQ. INSUFIC. ☐ NÃO PROCURADO

☐ DESCONHECIDO ☐ FALSIDO

☐ AUSENTE ☐ RECUSADO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL

Responsável - Visto _____

Data _____

ENDEREÇO PARA

Av. Heráclito Grapa, 406 - Centro
CEP: 60140-081 - FORTALEZA-CE

FONE: (85) 3255-0090
FAX: (85) 3255-0099
http://www.hapvida.com.br

MANTENHA EM DIA A SUA SAÚDE E A DA SUA FAMÍLIA NÃO PERCA A CARÊNCIA QUE VOCÊ JÁ CONQUISTOU. NÃO DEIXE SEU PLANO SER CANCELADO.

Seu boleto de pagamento ainda não chegou?

- * Imprima a 2ª via do boleto:
- Site www.hapvida.com.br
- Terminal de autoatendimento da unidade Hapvida mais perto de você.

Perdeu o prazo de pagamento do boleto?

- * Seu boleto continua válido mesmo depois da data do vencimento. Não deixe de pagá-lo para evitar cancelamento do plano de saúde.
- * Atenção: Seu contrato pode ser cancelado se atingir 60 dias de atrasos, consecutivos ou não, cumulativamente nos últimos 12 meses, de acordo com o Art. 13, Parágrafo Único, II, da Lei 9.656/98.

O que significa "dias de atrasos consecutivos ou não"?

- * Cada dia de atraso de cada boleto é contabilizado. Ao atingir 60 dias, seu plano pode ser cancelado.
- Ex: Se todo mês você pagar o boleto com 10 dias de atraso, ao final de seis meses, você terá contabilizado 60 dias de atraso.

O Hapvida NÃO TEM COBRADORES DOMICILIARES. Pague seu Boleto somente nos locais credenciados. PARA GARANTIR SEU ATENDIMENTO, LEVE SEMPRE SEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ORIGINAL AS NOSSAS UNIDADES. PARA OS MENORES DE IDADE, APRESENTE A CERTIDÃO DE NASCIMENTO.

DOCUMENTO 1 "T1%"



JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

R NOSSA SENHORA DE LOURDES 84
54765300 TIMBI CAMARAGIBE PE

16

0915.0753.01-H.FI.BI.1250160.TXT

10/10/2015

019158

ARUANA-CE
22 OUT 2015



FATURAMENTO INDIVIDUAL



MAIOR REDE PRÓPRIA DO NORTE E NORDESTE

- 3 milhões de clientes
- 20 hospitais próprios
- 15 prontos atendimentos
- 70 clínicas médicas
- 104 centros de diagnósticos por imagem e laboratórios
- 15.000 colaboradores

Encontre a unidade Hapvida mais perto de você:

www.hapvida.com.br
SAC: 0800.280.9130

/hapvida.saude /hapvidasaude



DECLARAÇÃO

Local: **RUA DR JOSE MARIANO- - COELHOS**

Data: **08/08/2015**

Hora: **10h 30**

Veículo(s) de Placa(s): **PGP - 0798**
KLN - 4440

DOCUMENTO 4 *T4%*



Natureza do Acidente: **Abalroamento**
Transversal

Vítima(s): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Companhia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de setembro de 2015

Celso Rodrigues
Mat. 8688-6
CTTU / Recife


Agostinho Jorge Maia de Sousa
Diretor de Trânsito





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 517409/2015

NOME: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às 10h51 do dia 08.08.2015

Diagnóstico provável: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DE
PERNA DIREITA.

(ACIDENTE TRÓTICO)

Tratamento realizado: CIENAGIA DA FRATURA EXPOSTA
DA TÍBIA DIREITA EM 08-08-2015.
EXAMES COMPLEMENTARES.

Obs. ALTA-11-08-2015

Tratado pelo SPM.

ACIDENTE DE TRABALHO

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAAPE
CRM: 4593

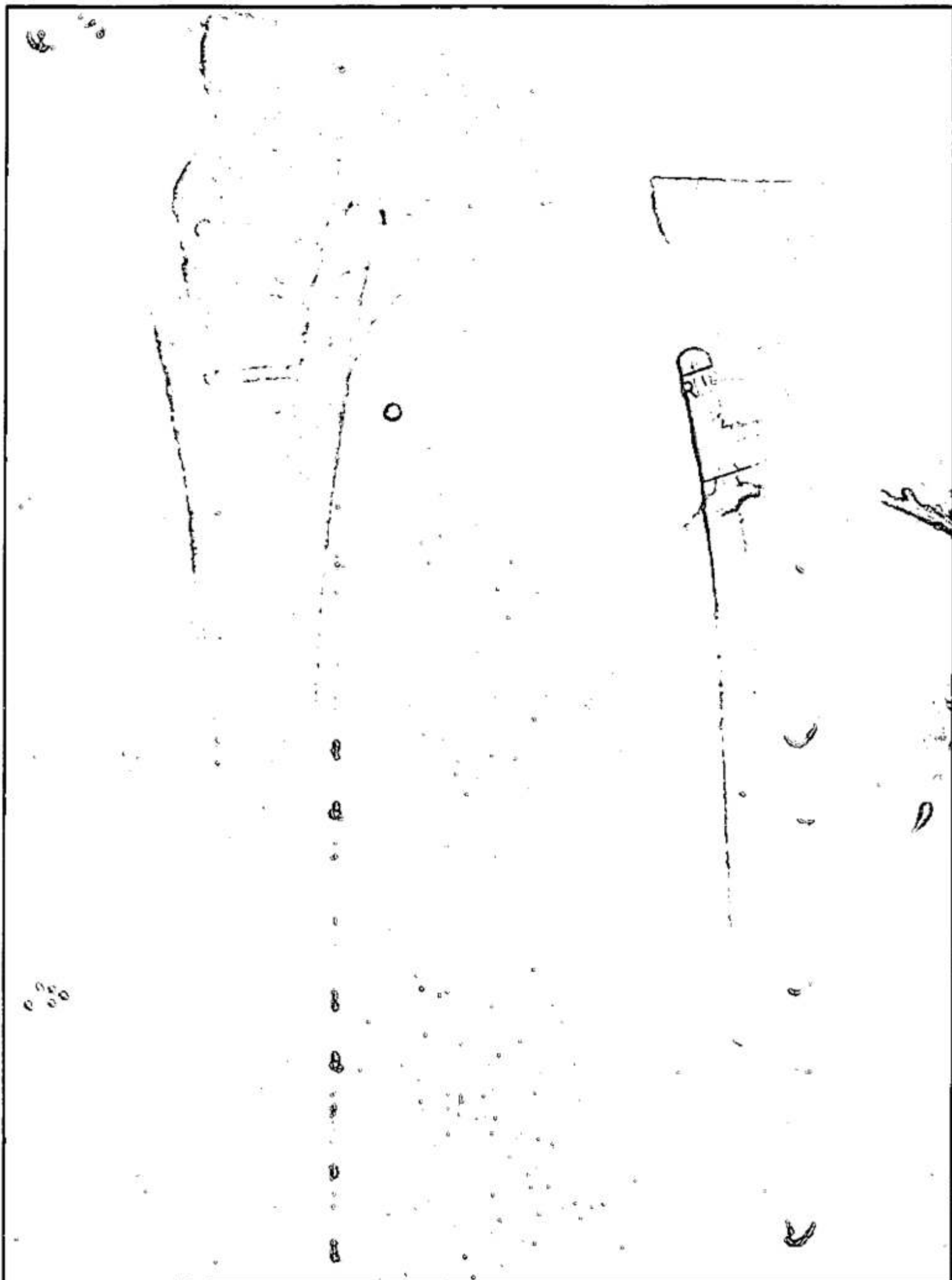
MÉDICO - CRM No.



Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às _____ hs do dia 02/08/15

Diagnóstico Provável: Paciente com entenda
metatarsos com fratura isolada
da base do 5º metatarso (D), vítima de
queda de tornozelo
CID= S82

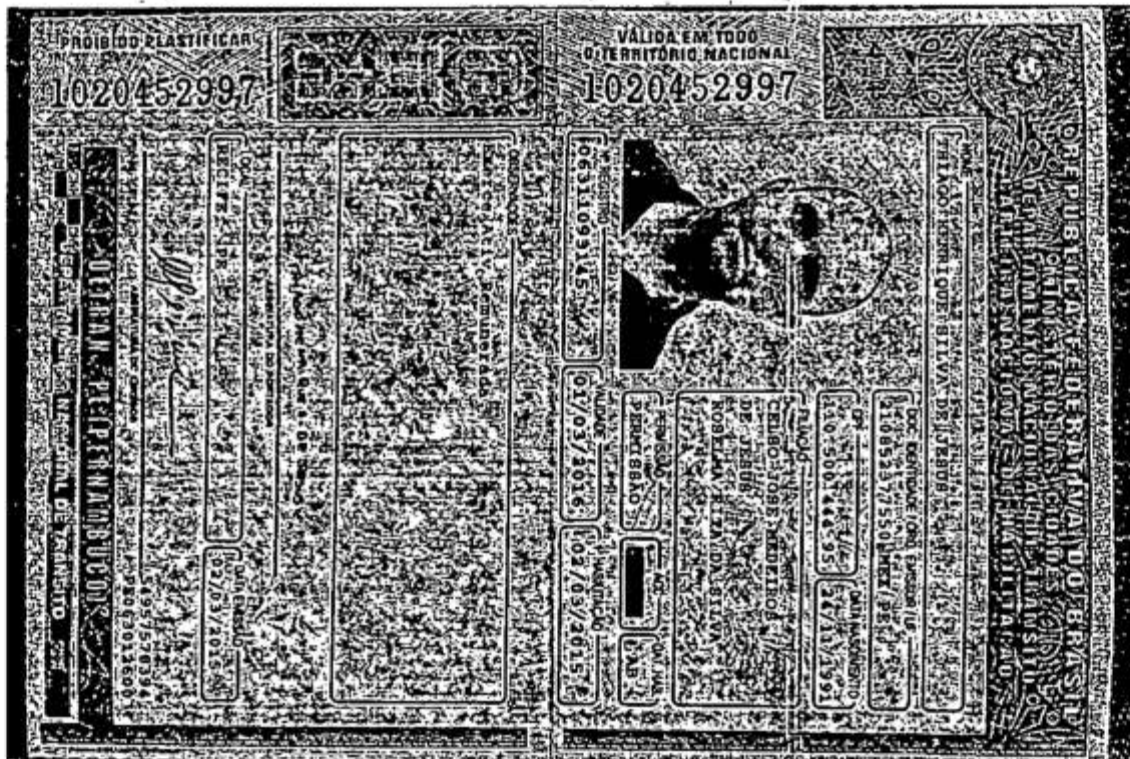
Tratamento Realizado: Paciente submetido a tratamento
conservador com gesso de gesso, fixação
externa de placa e parafusos

Observação: Ao ambulatório de Ortopedia em
15 dias - Medicação por 15 dias.

Cópia de: _____
4/08/15
Dr. Carlos Nogueira da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
Médico - 33880

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015



ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CACAO



POLEGAR DIREITO



THIAGO HENRIQUE S. DE JESUS

ASSINADO DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

20/03/2008

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

curiosos de COLISEO JOSE MIGUEL DE JESUS >>

144. PROSOPOMA RITA D'ABILIA *

STAFFORD, NE

24/11/1981

2-11-71 12:24 A PCH CART SMOLE CANNADORE PE
08 DE 1962 22

401 N. 7th St. Ste. 200

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

DOCUMENTO 3 *T3%*



37218

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ABOGADO

JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

ANTONIO FERREIRA DA CRUZ
VIA DA LUZ SOUSA DA CRUZ
EAD LOURENÇO DA MATA S

031018 806/PE

004.532.884-78

01 2011/2014

WUANA SEGUROS
22 OUT 2015