



Número: **0032731-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55004883	04/12/2019 16:04	2642592_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00327315120198172001

TOKIO MARINE SEGURADORA S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

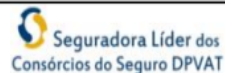
DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico ocorrido no dia 08/08/2015, resultando em invalidez permanente.

Assim, requereu administrativamente indenização, vindo a receber o valor de R\$4.725,00, de acordo com avaliação médica, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



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

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

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 04/12/2019 16:04:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120416043133100000054117519>
Número do documento: 19120416043133100000054117519

Num. 55004883 - Pág. 2

Após deferimento da produção de prova pericial, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar o grau da suposta Invalidez do autor sendo apurado o percentual de 75% de incapacidade do membro.

Em contrapartida, cabe ressaltar que na perícia médica realizada administrativamente a ré utilizou as regras da tabela inserida na Lei 11.945/09 e Sumula do 474 do STJ, efetuando o pagamento administrativo no importe de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), **não sendo crível que a lesão tenha se agravado nesse período entre o pedido administrativo e o laudo pericial judicial.**

Desta forma, em razão à elevada graduação apurada no respeitável laudo pericial, pugna a Ré pela intimação do Perito do juízo para que preste esclarecimento uma vez que **não há nos autos documentos médicos que corroborem com a graduação.**

Diante do exposto, a Ré impugna expressamente o laudo pericial judicial, requerendo a improcedência da presente demanda com fundamento no artigo 487 inciso I do Código de Processo Civil ante a comprovada quitação administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





04/12/2019

Número: **0032731-51.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
55004892	04/12/2019 16:04	ANEXO 1	Outros (Documento)

GENTE SEGURADORA S/A
CNPJ nº 09.180.605/0001-02
Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060
FONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIDORIA 0800 607 0888
www.gente-seguradora.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: GAMARAIBA 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: 08/08/2015

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 - Atendimento 24h

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 Cordeiro, 530 - Boa Vista CEP: 91040-000 Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8877	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP Av. 3 de Julho, 432 - Jardim Paulista CEP: 05065-100 Fone: (11) 3254-3477	GENTE SEGURADORA - FLORENÇA/SC R. Am. Aires V. Galvão, 400, Lapa II - Centro CEP: 89010-750 Fone: (48) 3241-8288 / (48) 3241-8800	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ Praça São Pedro, 70 - Lapa P - Centro CEP: 20000-002 Fone: (21) 3543-4453 / (21) 3543-4465	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR Avenida Dr. Carlos de Carvalho, 825 - Centro CEP: 80435-100 Fone: (41) 3276-4544 / (41) 3084-1345	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG Avenida Brás, 584, Lapa II - Funcionários CEP: 30140-006 Fone: (31) 3245-8888 / (31) 3245-8889



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

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

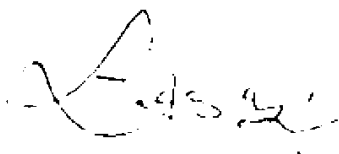
VISÃO MÉDICA LTDA

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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

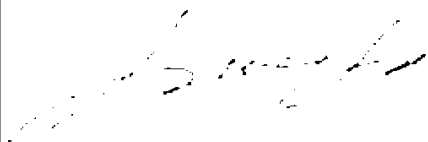
Visão Médica Ltda

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

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

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 Ramires Reynaux 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 mecânica 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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

 Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

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

Pag. 01429/01430 - carta_01

00020715



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

Pag. 0093100932 - carta_02

00050466



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2015

Carta nº: 8166315

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.: 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

Pag. 0040100402 - carta_07

00050201



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

Pag. 01353/01354 - carta_01

00020677





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

Pag. 00727/00728 - carta_02

00060364



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

Pag. 00977/00978 - carta_15R

00040489



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3160665883**

Vítima: **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

Pag: 00179/00180 - carta_09 - INVALIDEZ

00060090



Carta nº 12715592





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.

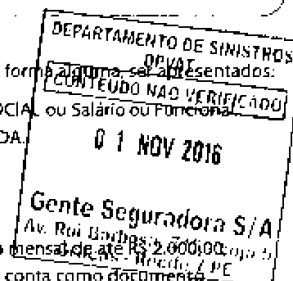
EU, Thiago Henrique S. de Jesus,
PORTADOR(A) DO RG Nº 8.014.685 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 20/03/06 E
CPF (11)0500444-915 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSA
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO, 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 Funcional;
- 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\$ 2.000,00;
- 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 SISDPVAT 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

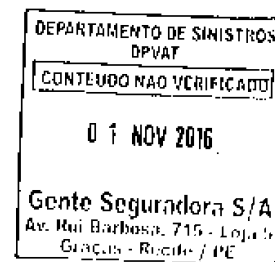
Thiago Henrique SILVA de Jesus

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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**Lauda 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

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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSSINTE 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. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (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 (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "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> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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



**Lauda 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
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.
Osseossintese 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 (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | () "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> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
Membro inferior - Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 - assinala 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Victor Borba
Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266



1137931/16
371557

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



Assinatura de Identificação

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**

26/10/2016 19:45



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**

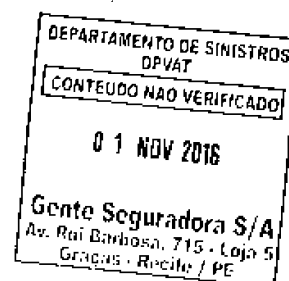
Complemento / Observação

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**



26/10/2016 19:45



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0001

BNT

Eu, THIAGO HENRIQUE S. 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, 2146, ALBERTO MAIA, Cidade AMARÁZIBE, 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

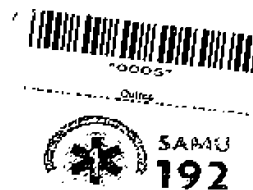
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

RECIFE 26, de outubro 2016

Local e data

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





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

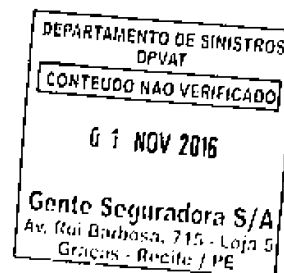
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

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

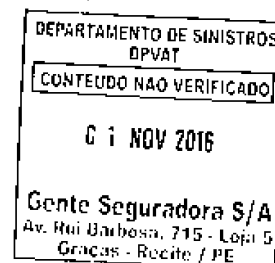
Diagnóstico Provável: Pericúto da entrada
motorcycle com queda para
travessa de ferro de porta (D), fratura de
osso de tornozelo
CID= S82

Tratamento Realizado: Paciente submetido a tratamento
cirúrgico de fratura de osso de perna, fixação
com placa e parafusos.

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

Cópia de: _____
Dr. Carlos Augusto da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
Medico - CRM 11

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.





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 QUOTO)

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

Obs. ALTA - 11-08-2015

Imagem pelo SIVU. 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

JES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SASS
CRM: 4833

MÉDICO - CRM No. 11553

Atenção: Este documento destina-se a comprovação do 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

FATURADO

PRÓTESE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

60118

ETIQUETA

Número do Registro

517409	Data e Hora de Atendimento: 08/08/2015 10:51	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1505327 Data de nascimento: 24/11/1991	Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS Idade: 23a 8m 14d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:
DOC ID / Data expedição /	Mãe: ROSELMA RITA DA SILVA Pai: CELSON JOSE MEDEIROS DE JESUS	Cartão SUS: 707004802767139
Endereço: RUA CEARA-MIRIM Bairro: ALBERTO MAIA Cidade: CAMARAGIBE	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:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☒		
Outros ☐		
Observação:		
História Clínica: Queda de moto com trauma em punha há 1h. Ferimento na punha (D) Nega desmaios, vômito.		
Atendimento Médico: Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?		
Exame Físico:		
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: 01 NOV 2016 bpm

PRÓTESE

PRÓTESE



Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas:	Isocóricas: ☐	Anisocóricas: ☐
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora				
Escore: _____	Escore: _____	Escore: _____				
Hora: _____	Hora: _____	Hora: _____				
E: Exposição/Abdômen: ☐						
Diagnóstico Inicial: <i>Fract. Exposta de fêmur (D)</i>						Cod. Procedimento:
Conduta: <i>Rx: perna (D), Bacia</i> <i>cefalotina 2g + AD IV 12:20</i> <i>Tramadol 50mg + 100ml 8FC9:00</i> <i>12:45 0,5ml 2x</i>						Ass. Médico:
Evolução de Enfermagem: <i>12:45 0,5ml 2x</i>						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 ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora	
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico Inicial: <i>Trat. Exposto de punha (D)</i>					Cod. Procedimento
Conduta: <i>Rx: punha (D), Bacia</i> <i>Capitula 2g + AD IV 12:30</i> <i>Transf 50mg + 100ml SF 9/8/17</i>					Ass. Médico
Evolução de Enfermagem: <i>12:30 - 13:00 - 13:30 - 14:00 - 14:30 - 15:00 - 15:30 - 16:00 - 16:30 - 17:00 - 17:30 - 18:00 - 18:30 - 19:00 - 19:30 - 20:00 - 20:30 - 21:00 - 21:30 - 22:00 - 22:30 - 23:00 - 23:30 - 24:00</i>					Ass. Enfermagem
Definição do Caso:					
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadido-se ☐ Alta					
Internado na Clínica: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito					
Transferido para:					

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



HR
HOSPITAL DA REABILITAÇÃO

Nº Atendimento:

Name: Theresa Helena Silva de Jesus

Foi atendido às _____ hs do dia 09/05/15

Diagnóstico Provável: OTITE MÉDIA COM PNEUMONIA

Atividade Com. Qu. Adm. - 1998

estudo e campo de Jurema (D), Jurema d

Amount is 430.00

100-322

100-443685-100

Tratamento Realizado: Definição de prioridades

Observação: F10 Am-B: 11/11/2014

Block #2 Mon 6/26/20

Carlos Tiago da Silva
Ortopedista

Cópia de: _____

CONFIDENTIAL

Mexico - CRM II

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hosp

ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuação da recomendação Nº 04/2002 do Ministério

do Estado de Pernambuco.

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

01 NOV 2016

Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Gracas - 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 / 3441-6956 Fax: (81) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 035594

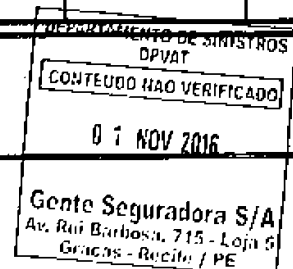
1ª Via Fixa

Hospital: HR Convênio: _____ Cidade: _____
Nome do Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus Data da Cirurgia: _____
Médico: Dr. Adauto Telino Membro Operado: Perna (5)

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

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: _____





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



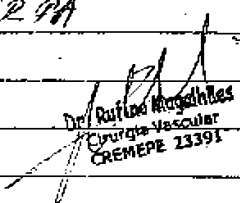
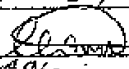
PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/08/15	SRPA DUMMO
Pct no POI de fratura de fêmur de membro superior direito, admitido em ambiente, ventilado espontâneo, consciente, orientado, em punição. Sp O ₂ 99.6	
Cd. Alta do SRPA	
 Dr. Rufino Magalhães Cirurgia Vascular CREMEPE 23391	
08/08/15: Pct admitido na SRPA no POI de fratura de fêmur D, EBR, consciente, orientado, AVP MSE. Alta do SRPA e trans-ferência p/ 601-8.  Dr. Monique Viana CORENPE 11508	
8:40: Admitido na Traumatologia, consciente orientado POI de fêmur D, AVP/MSE p/ radiografia + antibiótico.  Dra. Cândida 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 DESMAIO E 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

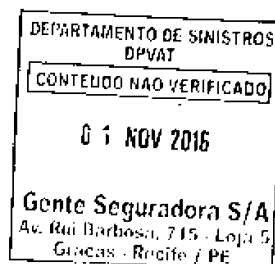
DATA: 11/08/2015

HD: FRATURA EXPOSTA DE 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



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

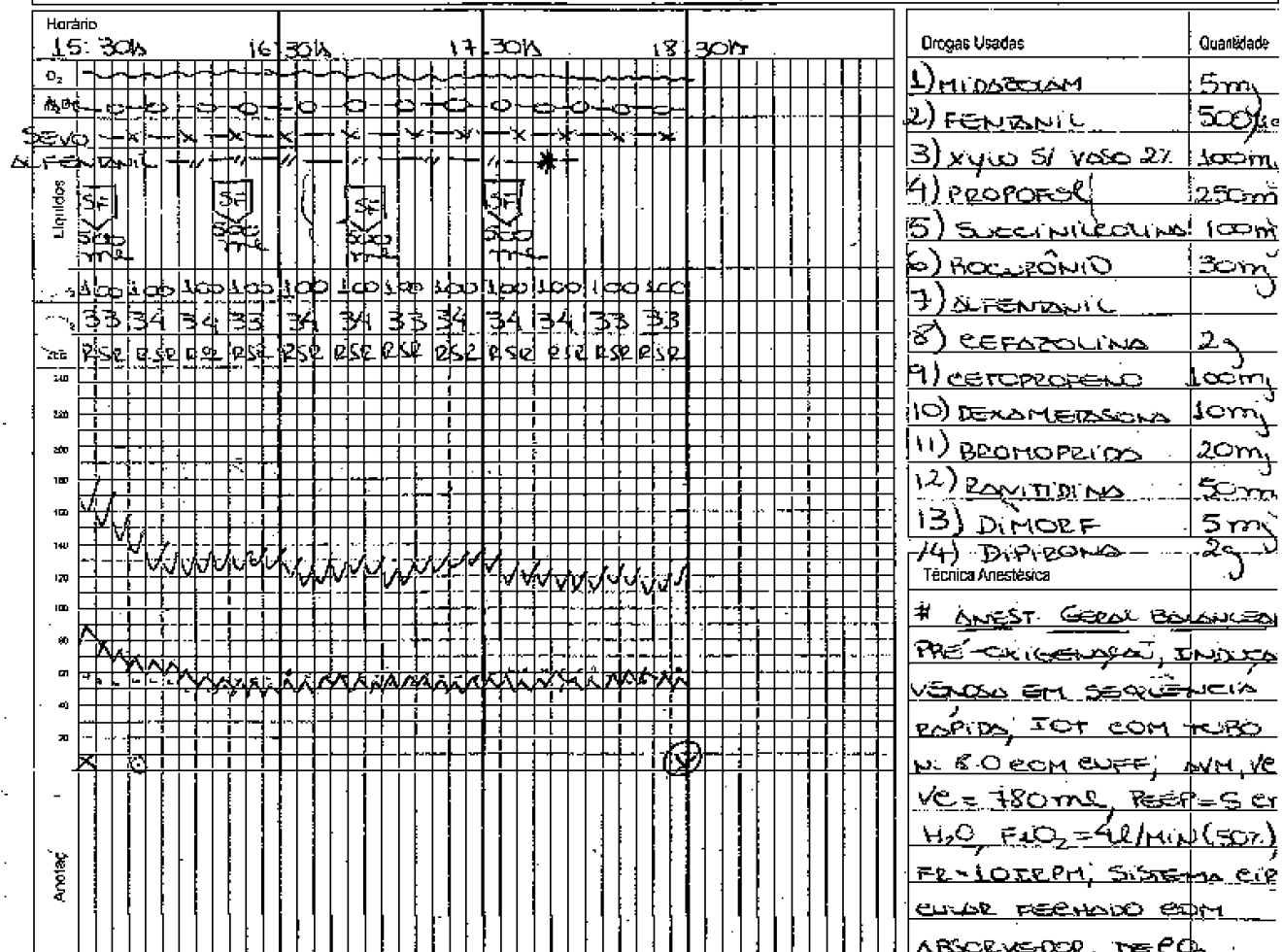
CONDUTA:

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 09/08/15		HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO HOSPITAL DE ESPECIALIDADES		PERNAMBUCO	
Paciente THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS				Sexo M	Cor Br	Idade 23a	Risco II.5
CRM 18604		Nome do Anestesiologista MADIN LUCIA		Nome do Cirurgião			
Medicação Pré-anestésica PRONT: 1505 327				Urgência ☐ Não ☒ Sim			
Cirurgia							



Monitorização	☐ BIS
☒ Cardioscopia	☐ Temperatura
☒ Oxímetro	☐ Swan-Ganz
☒ PNI	☐ Analisador Gases
☐ Sonda Vesical	☐ PVC
☒ Capnógrafo	☐ Estimulador de Nervo
☐ Elet. Pré-Cordial	☐ Linha Arterial
☐ Outros	☐ Volemia IOP Plus

Encaminhado
☐ Acordado
☐ Sedado
☐ Intubado
Destino
☐ SRPA
☐ Aguard. / Ent.
☐ UTI
☐ Exame

Indicação: ☒ Não ☐ Sim
Descrição: ① PACIENTE NEGA ALERGIAS, HASE
DM ②; ASA ②; PESO: 105kg
Observações:
DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO 01 NOV 2016
Assinatura do Anestesiologista:
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5 Graciosa - Recife / PE

COD. 008

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS NA CIRURGIA

HR 40 Anos

PACIENTE RICARDO HENRIQUE SILVA JORGEREGISTRO 1505327CIRURGIA Fratura exposta de fêmurdata 08/08/15 CIRCULANTE Maria

QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	QUANT	MEDICAÇÃO	QUANT	MEDICAÇÃO
10	Agulha 25x07		Fio prolene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
10	Agulha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaína
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
10	Atad. Crepe		Fita cardíaca		Antibiótico		Pancurônio
	Atad. Gessada	10	Gaze		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº (43)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	10	Luva cirúrgica 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	10	Luva cirúrgica 8.0		Decadron		Soro fisiológico
	Cera óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
	C. de urina fechado () aberto ()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepam		Soro glicosado
10	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc () 20cc ()		Dipirona		Soro Ringer 500ml
	conexão 2 vias		Sist. de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quellcin)
10	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
	Eq. De soro	1	Sonda nosogástrica nº (4)		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
10	Fio cromado 2.0		Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantal)		Xilocaína c/a
10	Fio cromado 3.0		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaína s/a
	Fio de aço	1	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		
10	Fio de algodão s/a 2.0				Heparina		
	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
10	Fio de nylon 2.0				Hypnomidate		
10	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	ENF./LEITO	REGISTRO N.º
Turipe Henrique R. de Jesus	603-8	513409
DIA 8/11/19	DIA 9/11/19	DIA
DIA	DIA	DIA

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
2. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
3. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
4. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
5. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
6. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
7. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
8. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
9. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
10. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
11. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
12. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
13. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
14. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
15. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
16. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
17. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
18. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
19. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
20. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
21. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
22. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
23. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
24. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
25. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
26. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
27. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
28. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
29. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
30. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
31. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
32. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
33. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
34. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
35. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
36. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
37. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
38. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
39. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
40. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
41. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
42. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
43. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
44. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
45. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
46. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
47. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
48. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
49. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
50. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
51. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
52. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
53. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
54. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
55. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
56. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
57. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
58. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
59. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
60. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
61. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
62. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
63. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
64. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
65. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
66. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
67. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
68. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
69. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
70. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
71. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
72. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
73. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
74. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
75. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
76. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
77. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
78. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
79. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
80. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
81. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
82. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
83. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
84. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
85. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
86. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
87. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
88. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
89. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
90. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
91. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
92. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
93. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
94. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
95. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
96. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
97. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
98. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
99. Naloxona 1mg/ml - 1mg								
100. Naloxona 1mg/ml - 1mg								

CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO
1. Monitorar em MIB					
2. Ex. no dia					
3. Fístula de urina					
4. Urina normal e colorada					
5. MIB elevada					
6. Não diarreia					
7. Não vômito					
8. Sinais vitais					

ASSINATURA DO MÉDICO

Marcelo Kaut C. Torres
Médico
GEMEP-2019

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nivel

Obs: paciente foi medicado com prescrição antiga e foi medicado com sêtores

COD. Q124



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO		
Paciente : <u>Thiago Henrique Silva de Jesus</u>		Nº do Registro : <u>1505327</u>
Clínica : <u>TRAUMATO</u>		Nº do Leito :
Operador : <u>Dr. Adauto</u>		
1º Assistente : <u>Dr. Marcelo</u>		2º Assistente : <u>Dr. Deborah</u>
Instrumentador : <u>-</u>		Anestesista : <u>Dr. Maria Lúcia</u>
Anestesia : <u>Gerap</u>		Duração :
Data da Operação : <u>08.08.15</u>	Início :	Fim :
Diagnóstico Pré-Operatório : <u>fratura exposta de tíbia (D)</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório :		
Operação Proposta : <u>Tratamento cirúrgico de fx exposta de tíbia</u>		
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 c/ 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.		
 CR12-PE-21403		

CON
TIPO CII
DATA:

COD. 0191





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



PERNAMBUCO

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 tíbia (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fx exposta de tíbia

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) paciente em DDH, 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 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,
Graças - Recife / PE

COD-0191

2016/08/08
Dr. Adauto
Dr. Marcelo





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Thiago Henrique Silva REGISTRO: 1509327
IDADE: 23a 8m SEXO: M (X) F () SETOR DE PROCEDENCIA: Unidade Pública

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo ANESTESISTA: Mo. Lourenço
1ª AUXILIAR: _____ 2ª AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
ENFERMEIRA: Andréia CIRCULANTE: Marcel

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Enfermeira e Antec de tibia INÍCIO 15:40 TÉRMINO 18:10
TIPO DE ANESTESIA: geral INÍCIO: 15:30 TÉRMINO: _____

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () RESPIRADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA () CULDESE: ESPONTÂNEA () SONDAS () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTENCES: _____
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

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

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXÍMETRO () CAPNÓGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TÉRMICA () AP. VÍDEO () TORPÊDO DE NITROGÊNIO () TORPÊDO DE CO₂ () BISTURI ELÉTRICO () MICROSCÓPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÔMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGNADOS 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

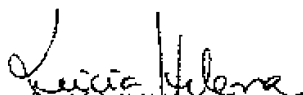
Perna Direita AP e Perfil

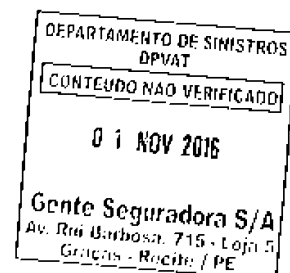
- Sequela de fratura no terço médio da tíbia direita.
- Relações articulares mantidas.
- Tecidos moles sem alterações.

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. Lúcia 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: _____

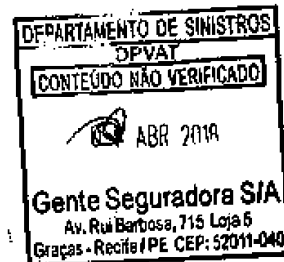
Luiz (PMAT)
Médico

TIAG Henrique filho
de Jesus filho
de Jansen EX-1577
filho (D) em 2015

NO JOELHO ALTO
E COM DISCITA
LUMBRICA DE 10x10x10
em 1925

24/04/18

Data: 11 Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE



COD. 0340

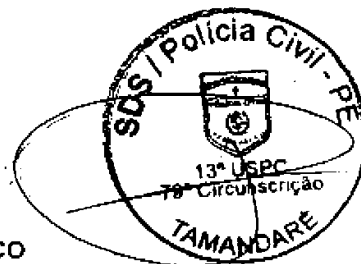


DOCUMENTO 6 T600

CONTRAM		DENOTRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETAM - DE		Nº 011.921.092.050	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		1956	
1956-1958		1956-9	
1958-1959		1959-60	
1959-1960		1960-61	
1961-1962		1962-63	
1963-1964		1964-65	
1965-1966		1966-67	
1967-1968		1968-69	
1969-1970		1970-71	
1971-1972		1972-73	
1973-1974		1974-75	
1975-1976		1976-77	
1977-1978		1978-79	
1979-1980		1980-81	
1981-1982		1982-83	
1983-1984		1984-85	
1985-1986		1986-87	
1987-1988		1988-89	
1989-1990		1990-91	
1991-1992		1992-93	
1993-1994		1994-95	
1995-1996		1996-97	
1997-1998		1998-99	
1999-2000		2000-01	
2001-2002		2002-03	
2003-2004		2004-05	
2005-2006		2006-07	
2007-2008		2008-09	
2009-2010		2010-11	
2011-2012		2012-13	
2013-2014		2014-15	
2015-2016		2016-17	
2017-2018		2018-19	
2019-2020		2020-21	
2021-2022		2022-23	
2023-2024		2024-25	
2025-2026		2026-27	
2027-2028		2028-29	
2029-2030		2030-31	
2031-2032		2032-33	
2033-2034		2034-35	
2035-2036		2036-37	
2037-2038		2038-39	
2039-2040		2040-41	
2041-2042		2042-43	
2043-2044		2044-45	
2045-2046		2046-47	
2047-2048		2048-49	
2049-2050		2050-51	
2051-2052		2052-53	
2053-2054		2054-55	
2055-2056		2056-57	
2057-2058		2058-59	
2059-2060		2060-61	
2061-2062		2062-63	
2063-2064		2064-65	
2065-2066		2066-67	
2067-2068		2068-69	
2069-2070		2070-71	
2071-2072		2072-73	
2073-2074		2074-75	
2075-2076		2076-77	
2077-2078		2078-79	
2079-2080		2080-81	
2081-2082		2082-83	
2083-2084		2084-85	
2085-2086		2086-87	
2087-2088		2088-89	
2089-2090		2090-91	
2091-2092		2092-93	
2093-2094		2094-95	
2095-2096		2096-97	
2097-2098		2098-99	
2099-2100		2100-01	
2101-2102		2102-03	
2103-2104		2104-05	
2105-2106		2106-07	
2107-2108		2108-09	
2109-2110		2110-11	
2111-2112		2112-13	
2113-2114		2114-15	
2115-2116		2116-17	
2117-2118		2118-19	
2119-2120		2120-21	
2121-2122		2122-23	
2123-2124		2124-25	
2125-2126		2126-27	
2127-2128		2128-29	
2129-2130		2130-31	
2131-2132		2132-33	
2133-2134		2134-35	
2135-2136		2136-37	
2137-2138		2138-39	
2139-2140		2140-41	
2141-2142		2142-43	
2143-2144		2144-45	

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
DINTER/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**

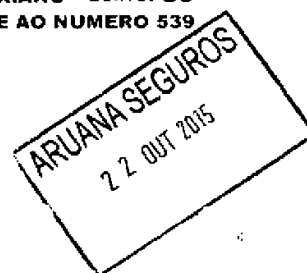
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO** - Bairro: **DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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**

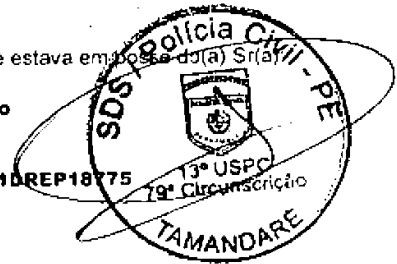
13/10/2015 16:52



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 ENVIADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCLARECIEMENTO 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**



13/10/2015 16:32



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 MATA, Cidade CAMARAGIBE, 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.

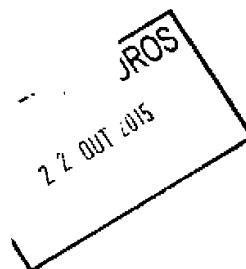
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 "T2%"



THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Recife, 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

DOCUMENTO 3 *T3%*



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

ARIANA SEGUROS
22 OUT 2015





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

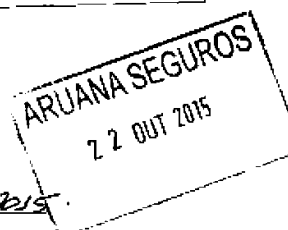
RG nº 8.014.685, data de expedição 02 / 03 / 15, Órgão SOS/PE,

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



XA ECONOMICA FEDERAL

NA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

233-818833821-1

Ago/2015

HORA DE 10:00:29

15.07800-0

TERM 018355

ALIDADE: SAO LOURENCO DA MATA

VINCULADA: 0876

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

DR DO PAGAMENTO: 49,91

838600800000 499100110007
742352013109 023456885432

233-818833821-1

DO CLIENTE

CAIXA Loterias



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

COMPANHIA ENERGETICA DE PERNAMBUCO
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 54050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 9003843-81 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CELSO JOSE MEDeiros DE JESU

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CLARA, 214

CPF: 501.861.484-20

ALBERTO MALACAMARAGIBE
CAMARAGIBE PE
54774-050

CLASSIFICACAO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Moradiao

001873747 UNICA 17/08/2015

001873747 UNICA 17/08/2015



DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

Consumo Adicional	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Ac. Mês de Serviço VERMELHA	77,0000000	0,55070369	42,40
Contribuição Rantiação Pública			0,88
Chave Subvenção CCE-UF 001813890-14/11/14			1,30
			0,32

TOTAL DA FATURA

49,91

MP DE	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
21/08/2015	PARCIAL	16/07/2015	1.478,00	17/08/2015	1.301,00	21	1,0000		77,00

MP DE	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	MP DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
21/08/2015	PARCIAL	16/07/2015	1.478,00	17/08/2015	1.301,00	21	1,0000		77,00

742352013109 023456885432

ARUANA SEGUNDO
22 OUT 2015



CONSUMO	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
DEC	0,00	6,78	11,58	21,76	120	707	231		
JAN	0,00	3,48	5,90	12,86					
FEB	0,00	3,37	4,88	8,20					



 301006398810102015 NOME: _____ DATA DE RECEBIMENTO: _____		REVOLUÇÃO ☐ MUDOU-SE ☐ NÃO EXISTE O PAZ ☐ BOM INSUFIC. ☐ NÃO PROCURANDO ☐ DESCONHECIDO ☐ FALCIDO ☐ AUSENTE ☐ RECLAMADO	REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL Responsável - Visto _____ Data: _____	ENDEREÇO PARA Av. Maricão Graça, 406 - Centro CEP-60140-061 - FORTALEZA-CE FONE: (85) 3255-8890 FAX: (85) 3255-8898 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 autotendimento 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 NAS NOSSAS UNIDADES. PARA OS MENORES DE IDADE, APRESENTE A CERTIDÃO DE NASCIMENTO.



ARQUIVADO
22 OUT 2015



JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

R NOSSA SENHORA DE LOURDES 84
54765300 TIMBI CAMARAGIBE PE

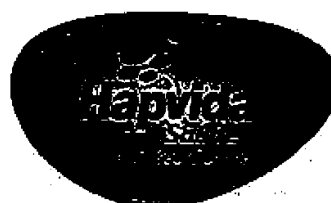
10/10/2015

16

0915.0753.01-H.FI.BI.1250160.TXT

018158

FATURAMENTO
INDIVIDUAL



Imprimido a LASER por APTA LASER (85) 3021.1111

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





GOVERNO DO
PERNAMBUCO
RECIFE



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 *T4ºº*



Natureza do Acidente: **Abalroamento**

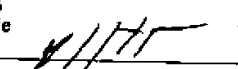
Transversal

Vitima(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



Rua Frei Cassimiro, 91 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50100-260
CNPJ/MF 10.846.103/0001-20 - Fone: (81)3232.5300 - Fax (81)3232.5328
Email: cttu@recife.pe.gov.br





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 QUOTA)

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

Obs. ALTA-11-08-2015

Tratado pelo SSMV. 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.

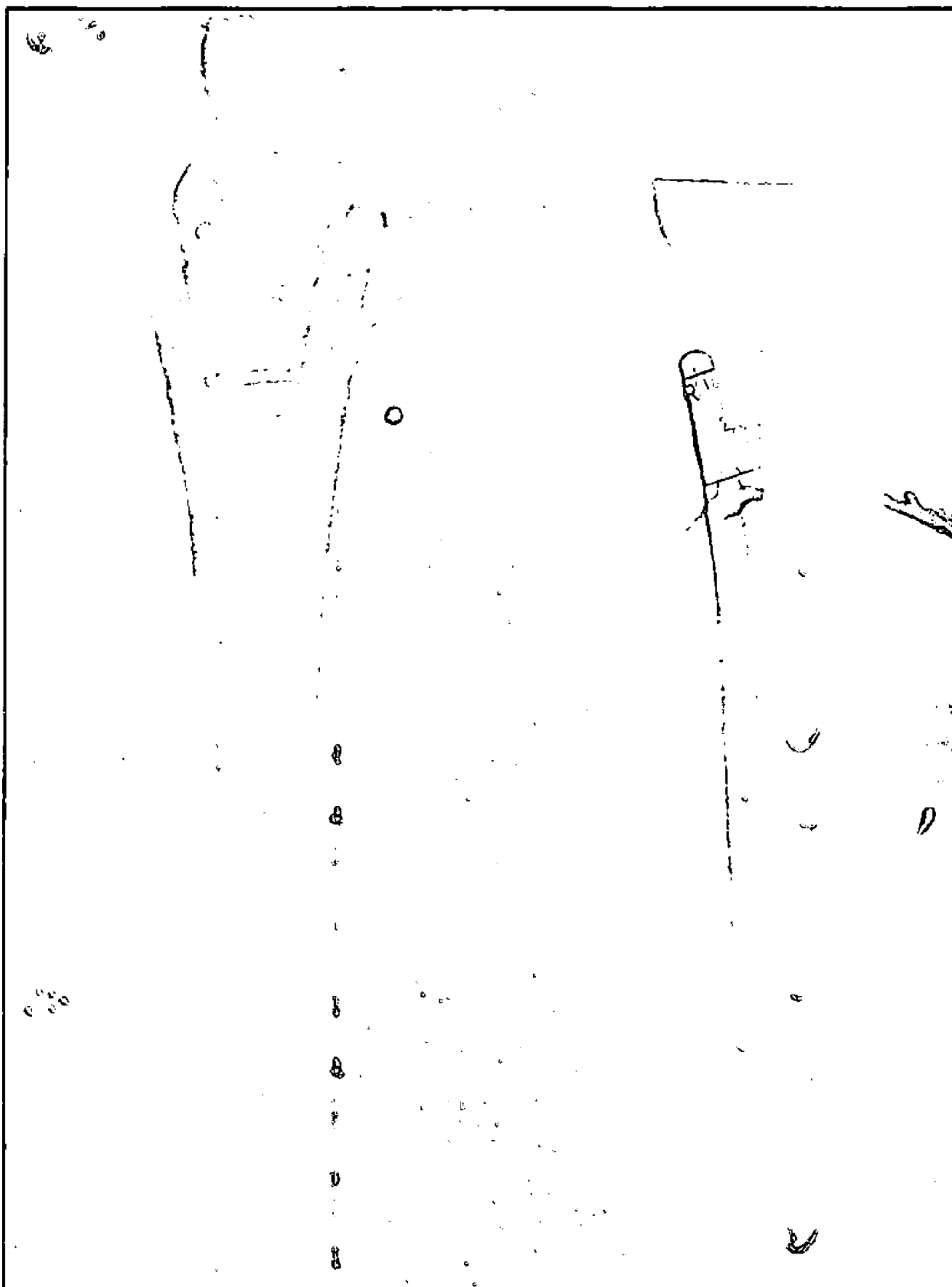
Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SSMV
CRM: 4893

MÉDICO - CRM No. 4893

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





Scanned by CamScanner



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

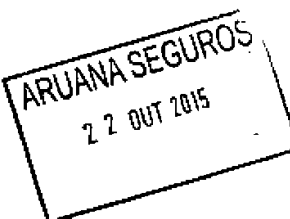
Diagnóstico Provável: Pericário da articulação
metatarso 5º com fratura por
trauma de corpo de pé (D), fratura de
osso de tornozelo
CID= S82

Tratamento Realizado: Fixação cirúrgica a tornozelo
com o uso de um corpo de pé, fratura
estável do osso do tornozelo

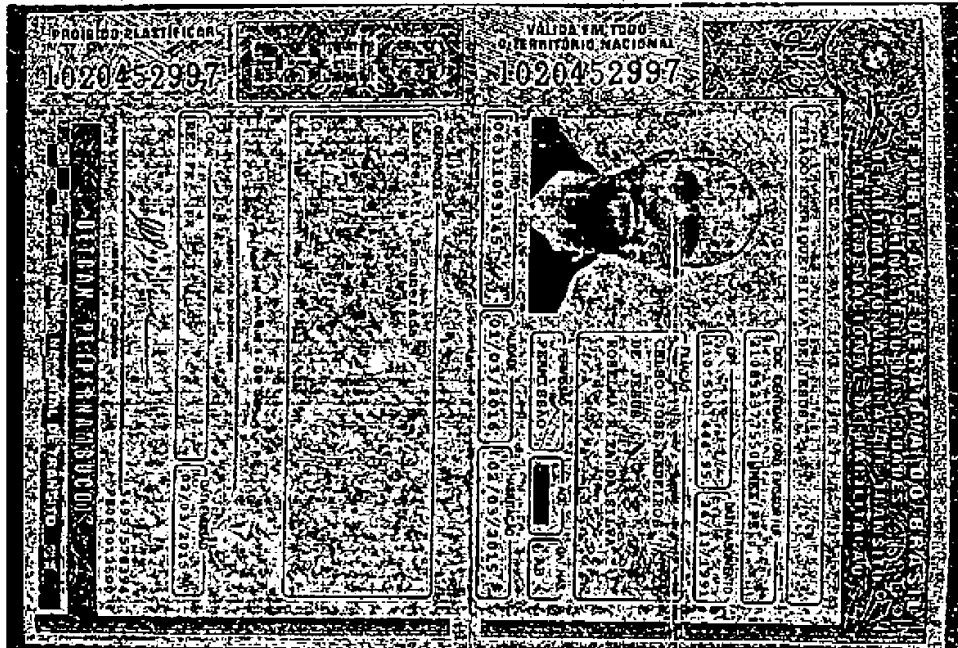
Observação: Ap. ambulatório de 02/08/15 em
15 dias - Medicação por 15 dias.

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

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.

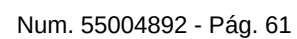
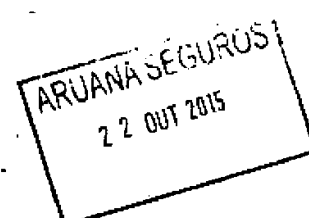


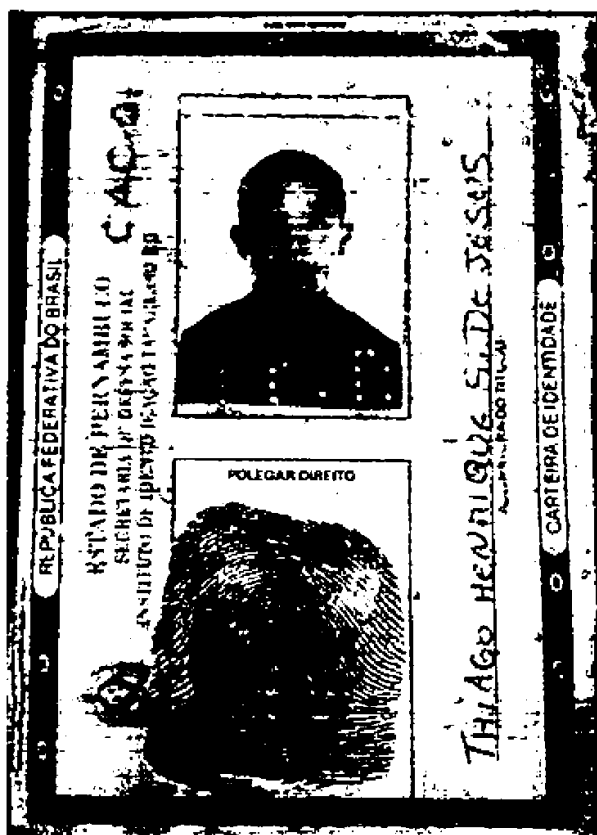
100-443887-100



ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

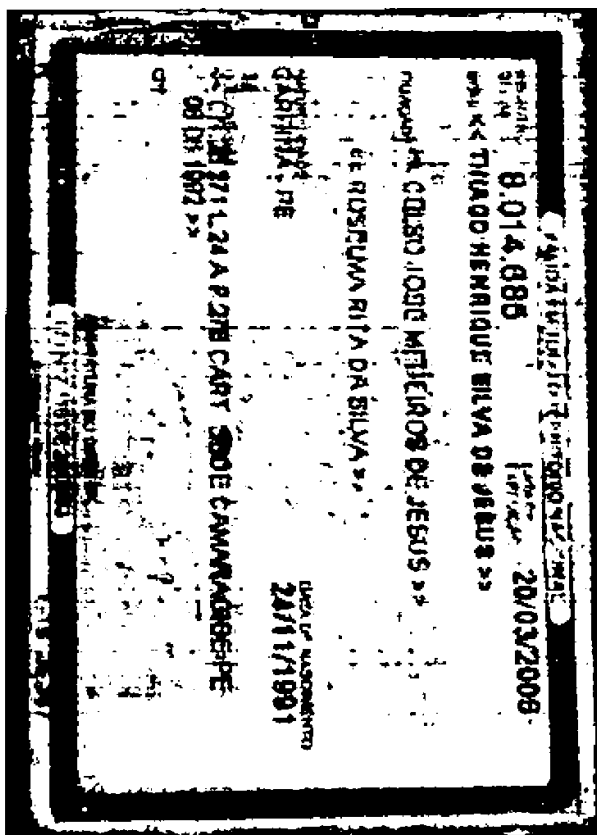






ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

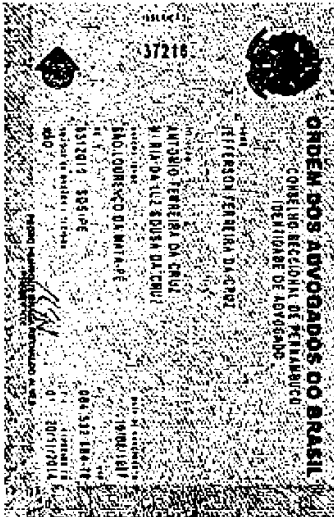




ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015



THE UNIVERSITY OF CHICAGO



GUANA SEGUROS
22 OUT 2015

