

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200156868**

**Vítima: THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200156868**

**Vítima: THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

**Data do Acidente: 24/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200156868** Vítima: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

**Data do Acidente: 24/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **THIAGO HENRIQUE DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000364

Conta: 0000024604-1

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro.

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

Schreiber KI - DPMAT

Editor-in-Chief: M. A. H.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - CPF do segurado ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092 161 714 30

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO HEVÍDGE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NF AAS/2012

5 - Nome completo:

THIAGO HEVÍDGE DA SILVA

6 - CPF:

092 161 714 30

7 - Endereço:

8 - Endereço:

rua 1000

AV. GOL MUNICIPAL RABELO

9 - Número:

1600

10 - Complemento:

AP 105

11 - Bairro:

12 - Cidade:

SOLOMON

CARBONA DOS GUANABAS

13 - Estado:

P-

14 - CEP:

54160-355

15 - Telefone:

(181) 49319-6218

(181) 49319-6218

16 - Tel (DDO):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro: sou o(a) segurado(a) ou beneficiário(a) informado(a), conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REVENHO INADIMINUTIVEL R\$1 MIL A R\$1 MIL 00 R\$1 MIL 01 ATÉ R\$5 MIL 00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA

Benefício para os beneficiários que não possuem conta bancária

 CONTA CORRENTE

Número da Conta:

Bradesco (037)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o digito de verificação)

(Inserir o digito de verificação)

Nome da BANCO:

ITAU

Autorizo o pagamento a cotação de crédito bancária informada, de minha titularidade, a valor da indenização/reembolso ao Seguro DPVAT.

Caso seja devedor, encobrimento e/ou débito, desse jeito e somente após a efetivação do crédito, restituição total do valor recebido.

## 72 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

62 - Declaro, sob a forma da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de recolhimento de indenização no Seguro DPVAT (nº 001 6 194 7781) uma vez que:

- Não há IMI, que atende a regras do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a regras do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

63 - Declaro que a ausência da análise da regra de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica e perícia médica em que o acidente é de natureza de lesões de natureza e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado em veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.

64 - Declaro que esta ausência de laudo significa prévia concordância com a futura ação médica ou renúncia ao direito de contestar a assistência médica, caso o acidente não seja constatado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

65 - Relação

16 - CPF da vítima:

 Inativo Casado (na OM) Divorciado Separado (não casado) Viúvo

24 - Clique na

área da vítima:

17 - Relação

18 - Vítima de novo companheiro(a):

 Sim Não Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

19 - Vítima

 Sim Não

28 - Se faleceu, informar

época:

Falecidos:

30 - Vítima deixa

residuo(a) familiar?

 Sim Não

31 - Vítima

faleceu imóvel?

 Sim Não

32 - Se faleceu, informar

época:

Vítima:

Falecidos:

33 - Vítima

deixa

residuo(a) vínculo(a) vivo?

 Sim Não

20 - Relação

21 - Vítima

22 - Vítima

23 - Vítima

24 - Vítima

25 - Vítima

26 - Vítima

27 - Vítima

28 - Vítima

29 - Vítima

30 - Vítima

31 - Vítima

32 - Vítima

33 - Vítima

34 - Vítima

35 - Vítima

36 - Vítima

37 - Vítima

38 - Vítima

39 - Vítima

40 - Vítima

41 - Vítima

42 - Vítima

43 - Vítima

44 - Vítima

45 - Vítima

46 - Vítima

47 - Vítima

48 - Vítima

49 - Vítima

50 - Vítima

51 - Vítima

52 - Vítima

53 - Vítima

54 - Vítima

55 - Vítima

56 - Vítima

57 - Vítima

58 - Vítima

59 - Vítima

60 - Vítima

61 - Vítima

62 - Vítima

63 - Vítima

64 - Vítima

65 - Vítima

66 - Vítima

67 - Vítima

68 - Vítima

69 - Vítima

70 - Vítima

71 - Vítima

72 - Vítima

73 - Vítima

74 - Vítima

75 - Vítima

76 - Vítima

77 - Vítima

78 - Vítima

79 - Vítima

80 - Vítima

81 - Vítima

82 - Vítima

83 - Vítima

84 - Vítima

85 - Vítima

86 - Vítima

87 - Vítima

88 - Vítima

89 - Vítima

90 - Vítima

91 - Vítima

92 - Vítima

93 - Vítima

94 - Vítima

95 - Vítima

96 - Vítima

97 - Vítima

98 - Vítima

99 - Vítima

100 - Vítima

101 - Vítima

102 - Vítima

103 - Vítima

104 - Vítima

105 - Vítima

106 - Vítima

107 - Vítima

108 - Vítima

109 - Vítima

110 - Vítima

111 - Vítima

112 - Vítima

113 - Vítima

114 - Vítima

115 - Vítima

116 - Vítima

117 - Vítima

118 - Vítima

119 - Vítima

120 - Vítima

121 - Vítima

122 - Vítima

123 - Vítima

124 - Vítima

125 - Vítima

126 - Vítima

127 - Vítima

128 - Vítima

129 - Vítima

130 - Vítima

131 - Vítima

132 - Vítima

133 - Vítima

134 - Vítima

135 - Vítima

136 - Vítima

137 - Vítima

138 - Vítima

139 - Vítima

140 - Vítima

141 - Vítima

142 - Vítima

143 - Vítima

144 - Vítima

145 - Vítima

146 - Vítima

147 - Vítima

148 - Vítima

149 - Vítima

150 - Vítima

151 - Vítima

152 - Vítima

153 - Vítima

154 - Vítima

155 - Vítima

156 - Vítima

157 - Vítima

158 - Vítima

159 - Vítima

160 - Vítima

161 - Vítima

162 - Vítima

163 - Vítima

164 - Vítima

165 - Vítima

166 - Vítima

167 - Vítima

168 - Vítima

169 - Vítima

170 - Vítima

171 - Vítima

172 - Vítima

173 - Vítima

174 - Vítima

175 - Vítima

176 - Vítima

177 - Vítima

178 - Vítima

179 - Vítima

180 - Vítima

181 - Vítima

182 - Vítima

183 - Vítima

184 - Vítima

185 - Vítima

186 - Vítima

187 - Vítima

188 - Vítima

189 - Vítima

190 - Vítima

191 - Vítima

192 - Vítima

193 - Vítima

194 - Vítima

195 - Vítima

196 - Vítima

197 - Vítima

198 - Vítima

199 - Vítima

200 - Vítima

201 - Vítima

202 - Vítima

203 - Vítima

204 - Vítima

205 - Vítima

206 - Vítima

207 - Vítima

208 - Vítima

209 - Vítima

210 - Vítima

211 - Vítima

212 - Vítima

213 - Vítima

214 - Vítima

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do seguro ou ANI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	092 161 734-30	THIAGO HENRIQUE DA SILVA	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Endereço:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AUGUSTO AVENIDA SCARPARO	AV. GAL MANOEL Rabelo	1600	AP 105
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
SCARPARO	CAPIATÁ DO GUARANÁ-PR	PR	54160-355
15 - Telefone:	16 - Telefone:	17 - Telefone:	18 - Telefone:
			(21) 99719-6228

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

19 - Nome completo do Representante Legal:	20 - RG do Representante Legal:	21 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> REÚNGO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos-vítima - Available uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: ITAÚ AGENCIA: 0364      CONTA: 24604      1 <small>(informe o dígito de verificação)</small> <small>(informe o dígito de verificação)</small> <small>(informe o dígito de verificação)</small>		
Autorizo a Legitimamente (titular a conta) na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização recebido do Seguro DPVAT, a ser depositado automaticamente e disponibilizado desde já e sempre após a efetivação do crédito, constante total do valor recebido.		

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, que o laudo do IMI não está disponibilizado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para o fim de requerimento de cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 9.635/98) sob pena de:

- Falso no IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

que é o preenchimento da declaração do IMI, pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada e apresente, ao seu laudo no IMI, constatando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, os critérios da Medicina da Saúde Pública, que sejam o maior e quanto maior das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto no art. 194/78.

Declaro que esta declaração não significa prever concordância com a futura avaliação médica ou médica no curso de contestar a avaliação médica, caso houver da sua competência.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da falecimento da vítima:
25 - Fazendo jus ao falecimento da vítima:	26 - Vítima é menor de idade (a):	27 - Se a vítima é menor de idade (a), informar nome completo:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
28 - Se vítima faleceu, informar:	30 - Vítima faleceu: nascitur (de novo)?	32 - Se vítima morreu, informar:
Vivem      Falecidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Se vítima faleceu, informar:	33 - Vítima morreu: nascitur (de novo)?	35 - Vítima morreu: nascitur (de novo)?
Vivem      Falecidos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora não pode, sob pena, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua existência, estando viva, ainda de que qualquer declaração ou declaração não verdadeira poderá gerar a cobrança de ressarcimento ao valor recebido, além da aplicação das penalidades previstas no artigo 291 do Código Penal.

36 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo):  37 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo):  38 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):	39 - Nome _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
40 - Local e Data: 01 DE MAIO DE 2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): THIAGO HENRIQUE DA SILVA	42 - Nome _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001-V002/2019

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRICAO - CAVALEIRO -  
DE 23ª CIRC. DIM / 6º DESEC

BOLÉTIN DE OCORRÊNCIA N.º 20E0113000067

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/01/2020 às  
16:58

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 24/11/2019 no período da Madrugada

ESTADO: PERNAMBUCO - MUNICIPIO: RECIFE - RUA: AVENIDA DOUTOR JOSE RUFINO, 1 - Bairro: AREIAS - Ponto de Referencia: IGREJA DO BARRO  
- TIPO DE ACIDENTE: TRANSITO - VÍA PÚBLICA

Prendendo em consideração as ocorrências

DESENVOLVEDOR (AUTOR / AGENTE )  
TIBAGO HENRIQUE DA SILVA ( VITIMA )

*Citostis* envolvidos) na ocorrência:

**VEICULO** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) bandido(s) de GOLUNHEIRO.

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

THIAGO HENRIQUE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Nis: EDINIGRE ALVES DA SILVA PIS: LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA Data de Nascimento: 24/07/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7831431/SDS/PE (RG) 88318171438 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Etapa da vida: 2º. GRAU COMPLETO Marca: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: 0800-0000000

Salvador-Pernambucano na TRAVESSA LINHA NOVA, 82 - CEP: 56666-060 - MACEIÓ:  
ALAGOAS - BRASIL. PECÍFICO/PERNAMBUCO/BRASIL. PROX CASA PROFESSOR RUTILIO

**DESCONHECIDO** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO** / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escritidente: **DESCONHECIDO** Telefone: Câmpora: **REMESSA**

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

<http://www.policia.civ.br/policeinfo/policeinfo.htm>

TOYOTA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a) DESCONHECIDO, que estava em posse  
do(s) Sr(a) DESCONHECIDO  
e automóvel com número: AUTOMÓVEL NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto  
de assunto: N/A  
Localização: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

PUBLO PGO 07848 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)  
COMBUSTIVEL ALCO-O-GASOL Seguro/Apolice VPRP SEQ BRASIL

### Complemento / Observação

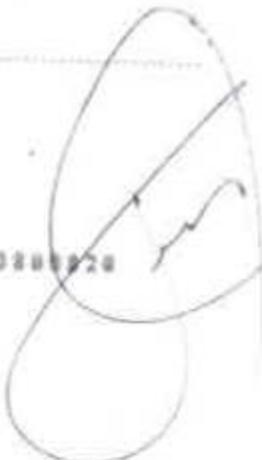
IHF A VITIMA QUE VINHA COM SUA MOTO DE MARCA HONDA BRÓS ANS 2816 COR  
BRANCA PLACA POL-8826 QUANDO UM VEICULO DE MARCA TOYOTA DE PLACA PGO  
75-8 INVADIU A PISTA PARA ENTRA NA RUA E A VITIMA COLIDIU COM O MESMO  
ONDE SOFREU UMA FRATURA NO FEMUR FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE  
BOMBEIRO PARA O HOSPITAL STÁVIO DE FREITAS ONDE FOI FEITO UMA  
RADIOGRAFIA E CONSTATOU FRATURA NO FEMUR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO  
PARA O MEMORIAL JABOTATÃO ONDE FOI CIRURGIADO E FOI RECOMENDADO PARA  
TOMAR ANTIBIOTICO MEDICO QUE O OPEROU DR.ELDER CARVALHO CRM 32823 O  
MESMO PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA MEDIDAS CABIVEIS

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

THIAGO HENRIQUE DA SILVA  
(VITIMA)

\* 1910 Vanzetti do Sbar

E.C. registrado por EMÍDIO GOMES DE AGUIAR FILHO - Matrícula: 188520





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO - DP23ºCIRC DIM/6ºDESEC**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0113000067**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/01/2020** às **16:58**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **24/11/2019** no período da **Madrugada**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL**  
 Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR JOSE RUFINO, 1** - Bairro: **AREIAS** -  
**RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **55000-000** - Ponto de Referência: **IGREJA DO BARRO**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO** ( AUTOR ) AGENTE /  
**THIAGO HENRIQUE DA SILVA** ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO**: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**THIAGO HENRIQUE DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **EDINIÇE ALVES DA SILVA** Pai: **LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA** Data de Nascimento: **24/2/1990** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7831432/SDS/PE (RG)**, **09216171430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **997196228**

Endereço Residencial: **1a TRAVESSA LINHA NOVA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: COQUEIRAL - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX CASA PROFESSOR RUTILHO**

**DESCONHECIDO** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Telefones Celulares: **998816011**

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

**TOYOTA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG07049** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apoio: **VIPER SEG BRASIL**

Complemento / Observação

**INF A VITIMA QUE VINHA COM SUA MOTO DE MARCA HONDA BRÖS ANO 2015 COR BRANCA PLCA PCL-8826 QUANDO UM VEÍCULO DE MARCA TOYOTA DE PLCA PG0 7049 INVADIU A PISTA PARA ENTRA NA RUA E A VITIMA**

COLIDIU COM O MESMO ONDE SOFREU UMA FRATURA NO FEMUR FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO PÁRA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS ONDE FOI FEITO UMA RADIOGRAFIA E CONSTATOU FRATURA NO FEMUR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O MEMORIAL JABOTATÃO ONDE FOI CIRURGIADO E FOI RECOMENDADO PARA TOMAR ANTIBIOTICO MEDICO QUE O OPEROU DR.ELDER CARVALHO CRM 22023 O MESMO PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA MÉDIDAS CABIVEIS

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

*Thiago Henrique da Silva*

THIAGO HENRIQUE DA SILVA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **EMIDIO GOMES DE AGUIAR FILHO** - Matrícula: 3809820

(Liberado em 08/01/2020 às 17:16)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - CPF do segurado ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092 161 714 30

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO HEVÍDGE DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP NF AAS/2012

5 - Nome completo:

THIAGO HEVÍDGE DA SILVA

6 - CPF:

092 161 714 30

7 - Endereço:

8 - Endereço:

AV. GOL MUNICIPAL RABELO

9 - Número:

1600

10 - Complemento:

AP 105

11 - Bairro:

12 - Cidade:

CARBONAIS DOS GUANABAS

13 - Estado:

P-

14 - CEP:

54160-355

15 - Cidade:

16 - Tel (DDO):

(181) 49319-6218

17 - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

18 - Nome completo do Representante Legal:

19 - CPF do Representante Legal:

Declaro: sou eu/a o(s) tÍTULO DE CREDITO, resido no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REBITO INATIVAS  
 SEM RENDA
 
 R\$1 MIL A R\$1 MIL 00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
 
 R\$2 MIL 01 ATÉ R\$5 MIL 00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
 

21 - DADOS BANCARIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos: Banco Bradesco, Itaú, Santander)
 

Bradesco (037)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verific.)

(Inserir o dígito de verific.)

 CONTA CORRENTE (Número Bancário)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito de verific.)

(Inserir o dígito de verific.)

Autorizo o pagamento a título de crédito bancária informada, de minha titularidade, a valor da indenização/reembolso ao Seguro DPVAT.

Este documento deve ser encaminhado à autoridade policial, que fará a constatação da veracidade das informações e assinatura desse ato e posterior envio ao Seguro DPVAT.

## 72 - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob a forma da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT (092 161 714 30), com base que:
 

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

Declaro, com a apresentação da anotação da rejeição de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica que consta na ficha de atendimento, a fim de obter a análise médica preventiva, caso necessário, as exames complementares para verificação da necessidade e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado em veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.135/74.

Declaro que esta anotação não significa prévia concordância com a futura ação médica ou renúncia ao direito de contestar a assistência médica, caso o seguro não seja aceitado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

1 - Cidadão:

2 - CPF da vítima:

3 - Informo

4 - Cessado seu OMI

5 - Divorciado

6 - Separado judicialmente

7 - Viúvo

8 - Causa da morte

obito da vítima:

9 - Causa da morte:

10 - Sim

11 - Se faleceu, informar

12 - Informar

13 - Falecidos:

14 - Vítima deles

15 - Sim

16 - Vítima

falecida?

17 - Não

18 - Vítima falecida?

19 - Não

20 - Vítima falecida?

21 - Não

22 - Vítima falecida?

23 - Sim

24 - Vítima falecida?

25 - Vítima falecida?

26 - Vítima falecida?

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima falecida?

29 - Sim

30 - Vítima falecida?

31 - Vítima falecida?

32 - Vítima falecida?

33 - Vítima falecida?

34 - Vítima falecida?

35 - Vítima falecida?

36 - Vítima falecida?

37 - Vítima falecida?

38 - Sim

39 - Vítima falecida?

40 - Vítima falecida?

41 - Vítima falecida?

42 - Vítima falecida?

43 - Vítima falecida?

44 - Vítima falecida?

45 - Vítima falecida?

46 - Vítima falecida?

47 - Sim

48 - Vítima falecida?

49 - Vítima falecida?

50 - Vítima falecida?

51 - Vítima falecida?

52 - Vítima falecida?

53 - Vítima falecida?

54 - Vítima falecida?

55 - Vítima falecida?

56 - Sim

57 - Vítima falecida?

58 - Vítima falecida?

59 - Vítima falecida?

60 - Vítima falecida?

61 - Vítima falecida?

62 - Vítima falecida?

63 - Vítima falecida?

64 - Vítima falecida?

65 - Sim

66 - Vítima falecida?

67 - Vítima falecida?

68 - Vítima falecida?

69 - Vítima falecida?

70 - Vítima falecida?

71 - Vítima falecida?

72 - Vítima falecida?

73 - Vítima falecida?

74 - Sim

75 - Vítima falecida?

76 - Vítima falecida?

77 - Vítima falecida?

78 - Vítima falecida?

79 - Vítima falecida?

80 - Vítima falecida?

81 - Vítima falecida?

82 - Vítima falecida?

83 - Sim

84 - Vítima falecida?

85 - Vítima falecida?

86 - Vítima falecida?

87 - Vítima falecida?

88 - Vítima falecida?

89 - Vítima falecida?

90 - Vítima falecida?

91 - Vítima falecida?

92 - Sim

93 - Vítima falecida?

94 - Vítima falecida?

95 - Vítima falecida?

96 - Vítima falecida?

97 - Vítima falecida?

98 - Vítima falecida?

99 - Vítima falecida?

100 - Vítima falecida?

101 - Sim

102 - Vítima falecida?

103 - Vítima falecida?

104 - Vítima falecida?

105 - Vítima falecida?

106 - Vítima falecida?

107 - Vítima falecida?

108 - Vítima falecida?

109 - Vítima falecida?

110 - Sim

111 - Vítima falecida?

112 - Vítima falecida?

113 - Vítima falecida?

114 - Vítima falecida?

115 - Vítima falecida?

116 - Vítima falecida?

117 - Vítima falecida?

118 - Vítima falecida?

119 - Sim

120 - Vítima falecida?

121 - Vítima falecida?

122 - Vítima falecida?

123 - Vítima falecida?

124 - Vítima falecida?

125 - Vítima falecida?

126 - Vítima falecida?

127 - Vítima falecida?

128 - Sim

129 - Vítima falecida?

130 - Vítima falecida?

131 - Vítima falecida?

132 - Vítima falecida?

133 - Vítima falecida?

134 - Vítima falecida?

135 - Vítima falecida?

136 - Vítima falecida?

137 - Sim

138 - Vítima falecida?

139 - Vítima falecida?

140 - Vítima falecida?

141 - Vítima falecida?

142 - Vítima falecida?

143 - Vítima falecida?

144 - Vítima falecida?

145 - Vítima falecida?

146 - Sim

147 - Vítima falecida?

148 - Vítima falecida?

149 - Vítima falecida?

150 - Vítima falecida?

151 - Vítima falecida?

152 - Vítima falecida?

153 - Vítima falecida?

154 - Vítima falecida?

155 - Sim

156 - Vítima falecida?

157 - Vítima falecida?

158 - Vítima falecida?

159 - Vítima falecida?

160 - Vítima falecida?

161 - Vítima falecida?

162 - Vítima falecida?

163 - Vítima falecida?

164 - Sim

165 - Vítima falecida?

166 - Vítima falecida?

167 - Vítima falecida?

168 - Vítima falecida?

169 - Vítima falecida?

170 - Vítima falecida?

171 - Vítima falecida?

172 - Vítima falecida?

173 - Sim

174 - Vítima falecida?

175 - Vítima falecida?

176 - Vítima falecida?

177 - Vítima falecida?

178 - Vítima falecida?

179 - Vítima falecida?

180 - Vítima falecida?

181 - Vítima falecida?

182 - Sim

183 - Vítima falecida?

184 - Vítima falecida?

185 - Vítima falecida?

186 - Vítima falecida?

187 - Vítima falecida?

188 - Vítima falecida?

189 - Vítima falecida?

190 - Vítima falecida?

191 - Sim

192 - Vítima falecida?

193 - Vítima falecida?

194 - Vítima falecida?

195 - Vítima falecida?

196 - Vítima falecida?

197 - Vítima falecida?

198 - Vítima falecida?

199 - Vítima falecida?

200 - Sim

201 - Vítima falecida?

202 - Vítima falecida?

203 - Vítima falecida?

204 - Vítima falecida?

205 - Vítima falecida?

206 - Vítima falecida?

207 - Vítima falecida?&lt;/



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001433 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(\*). LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA , 54 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 4378203 , inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 363.199.534-20, residente à 1TV DA RUA LINHA NOVA , nº 55, A, COQUEIRAL , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/11/2019, por volta das 02:21 hs, no endereço: AVENIDA DR. JOSÉ RUFINO, S/N, BARRO RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL TOYOTA ETIOS, VERMELHO, PGO704-PE; MOTOCICLETA HONDA BROS, PRETA, PCL8826-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(\*) THIAGO HENRIQUE DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 092.161.714-30 e Registro Geral nº 7031432, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707102-7 M. FONSECA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS. Registrado(a) com o prontuário nº 53425. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001433*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00364

CONTA: 000000024604-1

---

Autenticação:

00DFE455260D1AADB6AFD9855364502F07378B3E09C742D97C06BCE16B043F6C





Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA  
Sexo: MASCULINO  
Mãe: EDINICE ALVES DA SILVA  
Endereço:  
JA TRAVESSA LINHA NOVA , N.º 55 - N.º 55 BAIRRO: COQUEIRAL - CIDADE: RECIFE -  
UF: PE

Idade: 23 Anos 9 Meses 23 Dias Nasc.: 24/02/1990  
Contatos: 81- 97617733 | Celular: 81-

Dados do Atendimento:

Data/Hora Aten-d.: 24/11/2019 01:03  
Prontuário: 53425  
Nº. Atendimento: 3404693  
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Letto:

Médico:  
THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO

## Admissão

### Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, FEITA NA UNIDADE TRAZIDO PELO SAMU.  
NEGA TOSSE, DESMAIO E VÓMITO, NEGA DOR AXIAL, NEGA DOR TORÁCICA OU ABDOMINAL.

### História Clínica

### Exame Físico

FRANTEL E  
APRESENTA ESCORRIMENTO EM Perna Esquerda. LESÃO CORTO CONTUSA EM FACE ANTEROMEDIAL DE TERCO MÉDIO DE  
PERNA ESQUERDA. LESÕES CORTOCONTUSAS EM FACE MEDIAL DE PÉ ESQUERDO E FACE PLANTAR DE HALUX.

### Observações

### Conduta

SOLICITO RX

THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO - CRM: 4001935

Data/Hora: 24/11/2019 - 03:13



**Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco**  
**Hospital Otávio de Freitas**

Paciente:  
THIAGO HENRIQUE DA SILVA

Idade:  
19 Anos 9 Meses 0 Dias

Protocolário  
53421

Atendimento: Dt Atend.  
3404771 24/11/2019

**ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL**

SETOR: ORTÓ TRAUMA		DATA: 24/11/2019	
NOME: THIAGO HENRIQUE DA SILVA			
NOME SOCIAL:			
IDADE: 19 Anos 9 Meses 0 Dias	DATA DE NASCIMENTO: 24/02/1990		ESTADO CIVIL: Solteiro
MAE: EDINICE ALVES DA SILVA			
PAI: LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA			
ENDERECO: SA TRAVESSA LINHA NOVA , N.º 55 - - Nº 33 BAIRRO: COQUEIRAL - CIDADE: RECIFE - UF: PE			
PONTO DE REFERENCIA: PRÓXIMO DA ESTAÇÃO DO METRÔ			
TELEFONES: 9 9761 7733 ( PACIENTE) 9 9720 0024 ( MÔVIL-THAYNARA)			
ENTREVISTADO(A): THAYNARA PATRÍCIA DA SILVA MARQUES		PARENTESCO: NOIVA	
DOCUMENTOS: POSSUI <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		APRESENTADOS: RG 7031432 SDS-PE	
IP ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/>		READMITIDO <input type="checkbox"/>	
PROCEDÊNCIA: SAMU			
ACOMPANHANTE: THAYNARA PATRÍCIA DA SILVA MARQUES		PARENTESCO:	
TABAGISMO: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
USO DE ALCOOL: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
OUTRAS DROGAS: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDÊNCIA <input type="checkbox"/>	
PESSOA COM DEFICIÊNCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>		QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FÍSICA <input type="checkbox"/> AUDITIVA <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> OUTRAS <input type="checkbox"/>	
REDE DE APOIO: SUS / SUAS		AMBULATORIO <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/> NASF <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRAS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PRÓFISSÃO: SUPERVISOR DE EVENTOS		ESCOLARIDADE: SUPERIOR	
VINCILO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		OUTROS	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: COM OS PAIS E UNIGÊNIO			
APOIO FAMILIAR: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		BENEFÍCIO: PREVIDENCIÁRIO <input type="checkbox"/> ASSISTENCIAL <input type="checkbox"/> NÃO RECEBE <input type="checkbox"/>	

**OBSERVAÇÕES / EVOLUÇÃO**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DÁ ENTRADA NA UNIDADE TRAZIDO PELO SAMU.  
FRATURA EXPOSTA NA Perna , BRAÇO E FE.

FRATUROU O FEMUR, AGUARDA CIRURGIA, ORIENTO ROTINA E ACOMPANHANTE ATÉ 28/11/19

25/11/2019 - USUÁRIO ADMITIDO NA TRAUMATOLOGIA, ENCONTRA-SE ACOMPANHADO DA GENTORA, ORIENTO ROTINA.

ASSISTENTE SOCIAL: SIMONE MARIA DOS SANTOS SILVA - CRESS: Nº 7154

Paciente: 53425 - THIAGO HENRIQUE DA SILVA Idade: 29 Anos 9 Meses 23 Dias

Data de Nascimento: 24/02/1990

Prestador Assistente: HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

Conselho / Número Cons.: CRM - nüil - 12045

Função: MEDICO(A)

## RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3404771

Lado: TRAU 07-03 - POSTO I Admissão: 24/11/2019 21:31

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 665805 (FECHADO)

Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM 27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Data de Referência: 28/11/2019  
Data/Hora do Documento: 28/11/2019 07:06

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO; COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM COXA DIREITA

HD. FX DE FEMUR

EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL SEM PESO POR FALTA DE ESTRIBO

SEGUE EM BEG

AG LAB  
AG CX

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO  
CRM 27896

Sistema  
Único de  
Saúde

Ministéri  
o da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nº 01 ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2 - CNES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS 426

1 - CNPJ DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: 4 - CNES  
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS 426

Identificação do Paciente

Nº 02 PACIENTE:

RODRIGO HENRIQUE DA SILVA

Nº 03 NOME DA MAE DO PACIENTE:

EDINICE ALVES DA SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

53425

7 - CNP:

705604417927618

8 - DATA DE NASCIMENTO:

24/02/1990

Nº 04 ENDERECO:

RUA: RUA 10 DE NOVEMBRO

Nº 55 - Nº 55 BAIRRO: COQUEIRAL - CIDADE: RECIFE - UF: PE

9 - TELEFONE DE CONTATO:

10 - TELEFONE DE CONTATO:

11 - TELEFONE DE CONTATO:

12 - TELEFONE DE CONTATO:

13 - TELEFONE DE CONTATO:

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - TELEFONE DE CONTATO:

16 - TELEFONE DE CONTATO:

17 - TELEFONE DE CONTATO:

18 - TELEFONE DE CONTATO:

19 - TELEFONE DE CONTATO:

20 - TELEFONE DE CONTATO:

21 - TELEFONE DE CONTATO:

22 - TELEFONE DE CONTATO:

23 - TELEFONE DE CONTATO:

24 - TELEFONE DE CONTATO:

25 - TELEFONE DE CONTATO:

26 - TELEFONE DE CONTATO:

27 - TELEFONE DE CONTATO:

28 - TELEFONE DE CONTATO:

29 - TELEFONE DE CONTATO:

30 - TELEFONE DE CONTATO:

31 - TELEFONE DE CONTATO:

32 - TELEFONE DE CONTATO:

33 - TELEFONE DE CONTATO:

34 - TELEFONE DE CONTATO:

35 - TELEFONE DE CONTATO:

36 - TELEFONE DE CONTATO:

37 - TELEFONE DE CONTATO:

38 - TELEFONE DE CONTATO:

39 - TELEFONE DE CONTATO:

40 - TELEFONE DE CONTATO:

41 - TELEFONE DE CONTATO:

42 - TELEFONE DE CONTATO:

43 - TELEFONE DE CONTATO:

44 - TELEFONE DE CONTATO:

45 - TELEFONE DE CONTATO:

46 - TELEFONE DE CONTATO:

47 - TELEFONE DE CONTATO:

48 - TELEFONE DE CONTATO:

49 - TELEFONE DE CONTATO:

50 - TELEFONE DE CONTATO:

51 - TELEFONE DE CONTATO:

52 - TELEFONE DE CONTATO:

53 - TELEFONE DE CONTATO:

54 - TELEFONE DE CONTATO:

55 - TELEFONE DE CONTATO:

56 - TELEFONE DE CONTATO:

57 - TELEFONE DE CONTATO:

58 - TELEFONE DE CONTATO:

59 - TELEFONE DE CONTATO:

60 - TELEFONE DE CONTATO:

61 - TELEFONE DE CONTATO:

62 - TELEFONE DE CONTATO:

63 - TELEFONE DE CONTATO:

64 - TELEFONE DE CONTATO:

65 - TELEFONE DE CONTATO:

66 - TELEFONE DE CONTATO:

67 - TELEFONE DE CONTATO:

68 - TELEFONE DE CONTATO:

69 - TELEFONE DE CONTATO:

70 - TELEFONE DE CONTATO:

71 - TELEFONE DE CONTATO:

72 - TELEFONE DE CONTATO:

73 - TELEFONE DE CONTATO:

74 - TELEFONE DE CONTATO:

75 - TELEFONE DE CONTATO:

76 - TELEFONE DE CONTATO:

77 - TELEFONE DE CONTATO:

78 - TELEFONE DE CONTATO:

79 - TELEFONE DE CONTATO:

80 - TELEFONE DE CONTATO:

81 - TELEFONE DE CONTATO:

82 - TELEFONE DE CONTATO:

83 - TELEFONE DE CONTATO:

84 - TELEFONE DE CONTATO:

85 - TELEFONE DE CONTATO:

86 - TELEFONE DE CONTATO:

87 - TELEFONE DE CONTATO:

88 - TELEFONE DE CONTATO:

89 - TELEFONE DE CONTATO:

90 - TELEFONE DE CONTATO:

91 - TELEFONE DE CONTATO:

92 - TELEFONE DE CONTATO:

93 - TELEFONE DE CONTATO:

94 - TELEFONE DE CONTATO:

95 - TELEFONE DE CONTATO:

96 - TELEFONE DE CONTATO:

97 - TELEFONE DE CONTATO:

98 - TELEFONE DE CONTATO:

99 - TELEFONE DE CONTATO:

100 - TELEFONE DE CONTATO:

101 - TELEFONE DE CONTATO:

102 - TELEFONE DE CONTATO:

103 - TELEFONE DE CONTATO:

104 - TELEFONE DE CONTATO:

105 - TELEFONE DE CONTATO:

106 - TELEFONE DE CONTATO:

107 - TELEFONE DE CONTATO:

108 - TELEFONE DE CONTATO:

109 - TELEFONE DE CONTATO:

110 - TELEFONE DE CONTATO:

111 - TELEFONE DE CONTATO:

112 - TELEFONE DE CONTATO:

113 - TELEFONE DE CONTATO:

114 - TELEFONE DE CONTATO:

115 - TELEFONE DE CONTATO:

116 - TELEFONE DE CONTATO:

117 - TELEFONE DE CONTATO:

118 - TELEFONE DE CONTATO:

119 - TELEFONE DE CONTATO:

120 - TELEFONE DE CONTATO:

121 - TELEFONE DE CONTATO:

122 - TELEFONE DE CONTATO:

123 - TELEFONE DE CONTATO:

124 - TELEFONE DE CONTATO:

125 - TELEFONE DE CONTATO:

126 - TELEFONE DE CONTATO:

127 - TELEFONE DE CONTATO:

128 - TELEFONE DE CONTATO:

129 - TELEFONE DE CONTATO:

130 - TELEFONE DE CONTATO:

131 - TELEFONE DE CONTATO:

132 - TELEFONE DE CONTATO:

133 - TELEFONE DE CONTATO:

134 - TELEFONE DE CONTATO:

135 - TELEFONE DE CONTATO:

136 - TELEFONE DE CONTATO:

137 - TELEFONE DE CONTATO:

138 - TELEFONE DE CONTATO:

139 - TELEFONE DE CONTATO:

140 - TELEFONE DE CONTATO:

141 - TELEFONE DE CONTATO:

142 - TELEFONE DE CONTATO:

143 - TELEFONE DE CONTATO:

144 - TELEFONE DE CONTATO:

145 - TELEFONE DE CONTATO:

146 - TELEFONE DE CONTATO:

147 - TELEFONE DE CONTATO:

148 - TELEFONE DE CONTATO:

149 - TELEFONE DE CONTATO:

150 - TELEFONE DE CONTATO:

151 - TELEFONE DE CONTATO:

152 - TELEFONE DE CONTATO:

153 - TELEFONE DE CONTATO:

154 - TELEFONE DE CONTATO:

155 - TELEFONE DE CONTATO:

156 - TELEFONE DE CONTATO:

157 - TELEFONE DE CONTATO:

158 - TELEFONE DE CONTATO:

159 - TELEFONE DE CONTATO:

160 - TELEFONE DE CONTATO:

161 - TELEFONE DE CONTATO:

162 - TELEFONE DE CONTATO:

163 - TELEFONE DE CONTATO:

164 - TELEFONE DE CONTATO:

165 - TELEFONE DE CONTATO:

166 - TELEFONE DE CONTATO:

167 - TELEFONE DE CONTATO:

168 - TELEFONE DE CONTATO:

169 - TELEFONE DE CONTATO:

170 - TELEFONE DE CONTATO:

171 - TELEFONE DE CONTATO:

172 - TELEFONE DE CONTATO:

173 - TELEFONE DE CONTATO:

174 - TELEFONE DE CONTATO:

175 - TELEFONE DE CONTATO:

176 - TELEFONE DE CONTATO:

177 - TELEFONE DE CONTATO:

178 - TELEFONE DE CONTATO:

179 - TELEFONE DE CONTATO:

180 - TELEFONE DE CONTATO:

181 - TELEFONE DE CONTATO:

182 - TELEFONE DE CONTATO:

183 - TELEFONE DE CONTATO:

184 - TELEFONE DE CONTATO:

185 - TELEFONE DE CONTATO:

186 - TELEFONE DE CONTATO:

187 - TELEFONE DE CONTATO:

188 - TELEFONE DE CONTATO:

189 - TELEFONE DE CONTATO:

190 - TELEFONE DE CONTATO:

191 - TELEFONE DE CONTATO:

192 - TELEFONE DE CONTATO:

193 - TELEFONE DE CONTATO:

194 - TELEFONE DE CONTATO:

195 - TELEFONE DE CONTATO:

196 - TELEFONE DE CONTATO:

197 - TELEFONE DE CONTATO:

198 - TELEFONE DE CONTATO:

199 - TELEFONE DE CONTATO:

200 - TELEFONE DE CONTATO:

201 - TELEFONE DE CONTATO:

202 - TELEFONE DE CONTATO:

203 - TELEFONE DE CONTATO:

204 - TELEFONE DE CONTATO:

205 - TELEFONE DE CONTATO:

206 - TELEFONE DE CONTATO:

207 - TELEFONE DE CONTATO:

208 - TELEFONE DE CONTATO:

209 - TELEFONE DE CONTATO:

210 - TELEFONE DE CONTATO:

211 - TELEFONE DE CONTATO:

212 - TELEFONE DE CONTATO:

213 - TELEFONE DE CONTATO:

214 - TELEFONE DE CONTATO:

215 - TELEFONE DE CONTATO:

216 - TELEFONE DE CONTATO:

217 - TELEFONE DE CONTATO:

218 - TELEFONE DE CONTATO:

219 - TELEFONE DE CONTATO:

220 - TELEFONE DE CONTATO:

221 - TELEFONE DE CONTATO:

222 - TELEFONE DE CONTATO:

223 - TELEFONE DE CONTATO:

224 - TELEFONE DE CONTATO:

225 - TELEFONE DE CONTATO:

226 - TELEFONE DE CONTATO:

227 - TELEFONE DE CONTATO:

228 - TELEFONE DE CONTATO:

229 - TELEFONE DE CONTATO:

230 - TELEFONE DE CONTATO:

231 - TELEFONE DE CONTATO:

232 - TELEFONE DE CONTATO:

233 - TELEFONE DE CONTATO:

234 - TELEFONE DE CONTATO:

235 - TELEFONE DE CONTATO:

236 - TELEFONE DE CONTATO:

237 - TELEFONE DE CONTATO:

238 - TELEFONE DE CONTATO:

239 - TELEFONE DE CONTATO:

240 - TELEFONE DE CONTATO:

241 - TELEFONE DE CONTATO:

242 - TELEFONE DE CONTATO:

243 - TELEFONE DE CONTATO:

244 - TELEFONE DE CONTATO:

245 - TELEFONE DE CONTATO:

</div

Usuário: LEONNARDO COSTA

Data: 11/12/2019 14:20:13

Hora: 14:20

## Relatório Geral de Cirurgias

Nome: FELIPE HENRIQUE DA SILVA

Sexo: Masculino

Idade: 29 Anos

Prontuário: 778638

Unidade de Internações / Leito: ENF.15 - LEITO 03

Idade: 29 Anos, 9 Meses e 17 Dias

Cirurgia: 8721 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Procedimento: 9400150519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

9400250040 - FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES

1/12/2019

Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

Assistente: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

Auxiliar Cirúrgico: CLAUDIO DE VASCONCELOS CARVALHO

Enfermagem/Atend.

Anestesia: RAQUÍANESTESIA

Anestesista:

Anestesista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

### Princípios da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

COLETA ASÉPTICA

APLICAÇÃO DE CAMPOS ESTERIS.

EXPLORAÇÃO LONGITUDINAL SUPRARATROCANTERÍCA

PERFILACAO DO PONTO DE ENTRADA DA HASTE.

DETSAO LONGITUDINAL NA TOPOGRAFIA DA FRATURA

ABERTURA POR PLANOS

VISUALIZAÇÃO DO FOCO FRATURARIO

REDUÇÃO DA FRATURA O MAIS ANATOMICO POSSÍVEL

APLICADO FIO GUIA INTRAMEDULAR;

PASSAGEM DO CANAL MEDULAR (9, 10, 11 E 12mm).

APLICADA HASTE ANTEROGRADA E BLOQUEADA (400 x 110 mm) COM UM PARAFUSO PROXIMAL E UM PARAFUSO DISTAL DE BLOQUEIO ATRAVÉS

DE PICO ENHAS INCISÓES.

ENTRADE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS:

APLICADO PARAFUSO TAMPÃO;

FECHAMENTO COM SFI-9%

CINTURA POR PLANOS

ABRATIVO ESTERIL

ENCERRAMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA

ENCERRAMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA

ENCERRAMENTO REALIZADO COM AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA

Dr. Carlos Gondido Filho  
Ortopedista-Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 052.15867450  
CRM-PR 0048 - TEC 13125  
CRM-PR 0336  
CRM-PR 0336

Universidade Federal do Paraná  
Traumatólogo  
CRM/PR 23550  
CREMEPE 23550

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Usuário: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA  
Data: 11/12/2019 14:15:11  
Hora: 14:15

## Sumário de Admissão e Alta

5650012

Nome: DIÁGO HENRIQUE DA SILVA

Prontuário: 778608

Avinamento: 25787

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

SEAD: PREMIUM

Leito: ENF 15 - LEITO 03

Diagnóstico Principal (Constante no LadoMedico): Frx-diáfise de fêmur esq.

CID: 5723

Diagnóstico Secundário: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

0415010012

Período de permanência Previsto:

Período Realizado:

0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

0415050000 Fusostimur

CRM: CARLOS ANTONIO ROCHA CANDIDO FILHO

1. Auxiliar Cirúrgico: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA  
2. Auxiliar Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO  
3. Auxiliar Cirúrgico:

10. Demais Auxiliares Cirúrgicos:

Assistente: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Clínica:

Clínico:

Exames Especiais:

- Procedimento:

- Compromissos:

Outro: RH:

- Uso de Prótese Ortésica  
 Uso de Fatores de Coagulação  
 Uso de Oxigenadores  
 Nutrição Parenteral

Especialista de Saúde: Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira  
CRM: 5723  
Data: 10/12/2019  
Média: 100%  
Já é paciente da Clínica

Resumo do Caso: \* procedimento cirúrgico sem intercorrências verificado fratura em 1/3 proximal do fêmur esq devido à passagem de haste sendo necessário retardo de carga

Diagnóstico Principal: 5723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Diagnóstico Secundário:

Diagnóstico Atual:

Data de Internação: 09/12/2019

Data da Alta: 13/12/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s):

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira  
Traumatologista  
CRMPE 23550

Documentário: SUS - INTERNACAO

Responsável:

Nome: JUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA

Idade: 37 Anos, 9 meses e 15 dias

CEP: 54.120-1422

Profissão:

Identidade: 7031432

Atendimento: 257672

Nascimento: 24/02/1990

Prontuário: 778608

Sexo: Masculino

Data e Hora do Atendimento: 09/12/19 16:15:23

Escolaridade:

Livro de

Estado Civil:

Telefone:

Cartão SUS: 703604417927618

Nome da Mãe: EDINICE ALVES DA SILVA

Endereço: RUA VENEZA LINDA NOVA, COQUEIRAL, CEP: 50781-000, 1036, REDETTA

Cidade:

Unidade de Informação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

CRM: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: 5729

#### RESUMO DE INTERNAMENTO

##### HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ACIDENTE DE MOTOCICLETA (ACIDENTE DE MOTO) ENCAMINHADO DO HOF COM: FX DE FEMUR ESQUERDO. REFERENTE ACIDENTE NO DIA 24/11/

##### PANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

---

##### EXAME FÍSICO GERAL:

SINTÉTICO, AFEBRIL, CORADÔ, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

EP: CARDIO + VASCULAR:

CV: P. L. P. 80/60

RR: RESPIRATÓRIO:

RR: 16/10/10/10

COM: ---

GENITO + URINARIO:

OUTROS:

##### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRACTURA MULTIFÍSSIL DO FEMUR-ESS

##### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. Jose Airton Alves de Araujo  
Médico  
CRM-PR: 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Criado

FAT SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Thiago Henrique da Silva

REGISTRO: 77 8608 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 02 / 1990

RG: 7031432 ORGÃO EMISSOR: SDS / PE

ENDEREÇO: Próxima Travessa Linha nave  
nº 55-A - Capueira Recife

NOME DA MÃE: Edinice Alves da Silva

DATA ADMISSÃO: 09 / 12 / 2019 DATA ALTA: 13 / 12 / 2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 11 / 12 / 2019 CID: 572.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur  
Esguicho — 11 — 11 —

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de  
Fratura da Diáfise do Fêmur  
Esguicho + Fasciotomia de membros  
Inferiores — 10 — 10 —

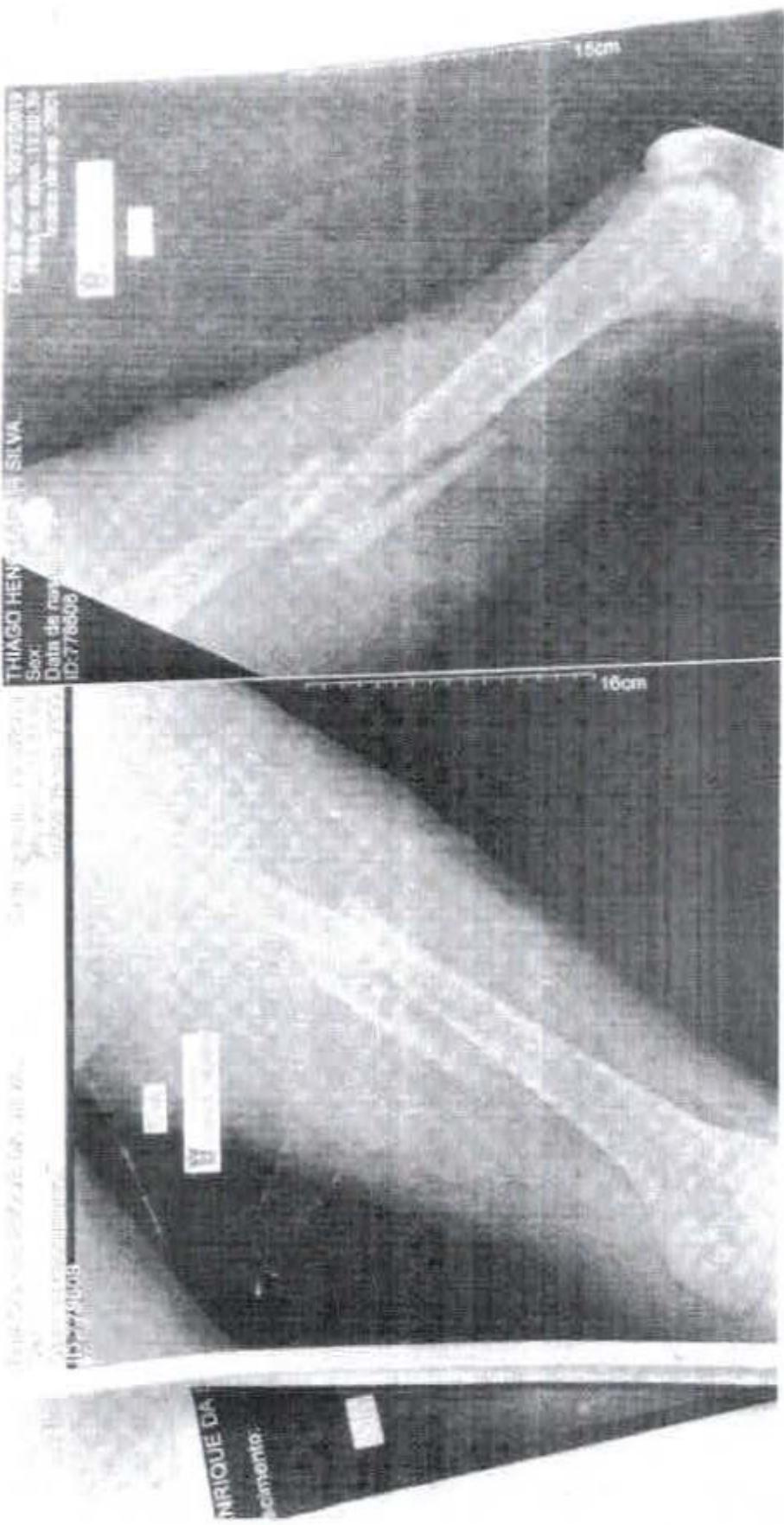
MÉDICO: \_\_\_\_\_

CREMEPE: \_\_\_\_\_

JABOATÃO DOS GURARAPES, 18 DE Março DE 2020

  
Leonardo Costa  
Médico  
CRM 23590

MÉDICO



THIAGO HEN

Sexto

Diário do Brasil

ID:778608

16cm

16cm

ENRIQUE DA  
Câmara





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 092.161.714-30

Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

Data de Nascimento: 24/02/1990

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 16/11/2007

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:30:57 do dia 22/04/2020 (hora e data de Brasília)  
Código de controle do comprovante: 1074.4870.2B04.C264



Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF.

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200156868      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THIAGO HENRIQUE DA SILVA      **Data do acidente:** 24/11/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM Perna ESQUERDA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.PÁG. 1,3,4,5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0122047/20

**Vítima:** THIAGO HENRIQUE DA SILVA

**CPF:** 092.161.714-30

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/11/2019

**Titular do CPF:** THIAGO HENRIQUE DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**THIAGO HENRIQUE DA SILVA : 092.161.714-30**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/04/2020  
Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA  
CPF: 092.161.714-30

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2020  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

THIAGO HENRIQUE DA SILVA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200156868      **Cidade:** Recife      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THIAGO HENRIQUE DA SILVA      **Data do acidente:** 24/11/2019      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM Perna ESQUERDA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.PÁG. 1,3,4,5

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>