
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

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

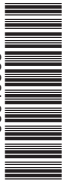
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Autorização de pagamento	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



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 limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Localidade e(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº de registro ou ASL

3 - CPF da vítima

09216171430

4 - Nome completo da vítima

THIAGO HENRIQUE DA SILVA

NA ÚLTIMA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo

THIAGO HENRIQUE DA SILVA

6 - CPF

09216171430

7 - Profissão

PROFESSOR

8 - Endereço

AV. GOL MARCEL RABELO

9 - Número

1600

10 - Complemento

AP 103

11 - Bairro

SE LOSSO

12 - Cidade

JOAZEIRO DOS GUANAMBES

13 - Estado

PE

14 - CEP

54260-355

15 - Tel (DDD)

(81) 99719-6278

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

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, sob a pena de falsidade, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ R\$1.000,00 A R\$1.999,99

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$1.999,99

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as seguintes opções: Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0364

CONTA:

24604

1

(Informe o dígito se existir)

(Informe o dígito se existir)

Autorizo a seguradora a poder a qualquer tempo bancarária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, em nome de terceiros, incluindo-se o dante, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob a pena de falsidade, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de reconhecimento de incapacidade no Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Quando a análise documental da análise do laudo médico de incapacidade do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, tem base na documentação médica apresentada com a declaração de laudo do IMI, considerando, desde já, em me submeter a análise médica preventiva, caso necessário, as costas por minha conta e risco, para a realização da perícia e a quantificação dos danos permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado em veículo particular, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver na sua posterioridade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Outras informações da vítima:

25 - Laudo de Perícia com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tiver filhos, informar

filhos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima tem irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tiver irmãos, informar

irmãos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

36 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

37 - Vítima deixou

relações íntimas?

☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob a pena de falsidade, que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte, inclusive beneficiários que se qualifiquem para a pensão por morte, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74, e que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

38 - Nome legal de quem assina o pedido (à regra)

39 - CPF legal de quem assina o pedido (à regra)

40 - Assinatura de quem assina o pedido (à regra)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

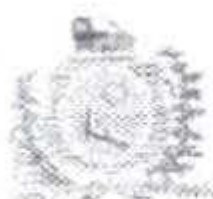
41 - Local e Data: 23 DE ABRIL DE 2020

Thiago Henrique da Silva

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Promotor (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO -
DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC

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 - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 24/11/2019 no período da Madrugada

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL -**
Local: **OCORRÊNCIA DE ACIDENTE, AVENIDA DOUTOR JOSE RUFINO, 1 - Bairro**
AREIAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **IGREJA**
DO BARRO
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
THIAGO HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
SEU: DESCONHECIDO

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

THIAGO HENRIQUE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino
EDINICE ALVES DA SILVA P.O. LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA Data de Nascimento
24/2/1990 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7621422/SDS/PE
(RG): 88218171428 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO
Nacionalidade: AUTOHOMO(A) Telefones Celulares
887144228

Endereço Residencial: 12 TRAVESSA LINHA NOVA, 88 - CEP: 55066-880 - Bairro:
COQUEIRAL - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, PROX CASA PROFESSOR RUTILHO

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade
DESCONHECIDO Telefones Celulares
888216211

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

Modelo: 00000000

Rte./RCP/UF/Arma/Polícia Civil/infopol/xm/RE/Pre...

TOYOTA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que estava em posse
 do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**
 e responsável pelo(s) veículo(s): **AUTOMOVEIS NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
 apreendido: **Não**
 quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG07849 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
 Combustível: **ALCOOL GASOL** Seguro/Arma: **VIPER SEG BRASIL**

Complemento / Observação

INF A VITIMA QUE VINHA COM SUA MOTO DE MARCA HONDA BRÓS ANO 2016 COR
 BRANCA PLCA PCL-8826 QUANDO UM VEICULO DE MARCA TOYOTA DE PLCA PG0
 7849 INVADIU A PISTA PARA ENTRAR NA RUA E A VITIMA COLIDIU COM O MESMO
 ONDE SOFREU UMA FRATURA NO FEMUR FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE
 BOMBEIRO PARA O HOSPITAL STAVIO DE FREITAS ONDE FOI FEITO UMA
 RADIOGRAFIA E CONSTATOU FRATURA NO FEMUR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO
 PARA O MEMORIAL JACOBATÃO 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 nesta unidade policial

THIAGO HENRIQUE DA SILVA
 (VITIMA)

Thiago Henrique da Silva

S.O. registrado por: **EMÍDIO GOMES DE AGUIAR FILHO** - Matrícula: **3280328**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 023ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO - DP23ªCIRC DIM/6ªDESEC
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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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 Mãe: EDINIÇE ALVES DA SILVA Pai: LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA Data de Nascimento: 24/2/1990 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7031432/SDS/PE (RG), 09216171430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. 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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

Placa: **PGO7049 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Combustível: **ALCOI/GASOL** Seguro/Apolice: **VIPER SEG BRASIL**

Complemento / Observação

INF A VITIMA QUE VINHA COM SUA MOTO DE MARCA HONDA BRÓS ANO 2015 COR BRANCA PLCA PCL-8826 QUANDO UM VEICULO DE MARCA TOYOTA DE PLCA PGO 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 PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS ONDE FOI FEITO UMA RADIOGRAFIA E CONSTATOU FRATURA NO FEMUR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O MEMORIAL JABOATÃO ONDE FOI CIRURGIADO E FOI RECOMENDADO PARA TOMAR ANTIBIOTICO MEDICO QUE O OPEROU DR. ELDER CARVALHO CRM 22023 O MESMO PROCUROU ESTA DELEGACIA PARA MEDIDAS CABIVEIS

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

Thiago Henrique da Silva
THIAGO HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

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

(Liberado em 08/01/2020 às 17:16)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Localidade e(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº de registro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092 161 71430 4 - Nome completo da vítima: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

NA ÚLTIMA DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: THIAGO HENRIQUE DA SILVA 6 - CPF: 092 161 71430
7 - Profissão: INDETERMINADA 8 - Endereço: AV. GOL MARCEL RABELO 9 - Número: 1600 10 - Complemento: AP 103
11 - Bairro: SÉCULO 12 - Cidade: JARAGUÁ DOS GUARARAPES 13 - Estado: P- 14 - CEP: 54260-355
15 - Tel (DDD): 181 99719-6278

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, sob a pena de falsidade, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.999,99 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as seguintes opções: Anote uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Somente para bancos)
Nome do BANCO: ITAU
AGÊNCIA: 0364 CONTA: 24604 1
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a seguradora a poder a qualquer tempo bancarária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a ser pago em nome, diretamente ao beneficiário ou ao representante legal, desde que a mesma não esteja sob restrição de crédito, quitando total do valor recebido.

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

☒ Declaro, sob a pena de falsidade, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de reconhecimento de incapacidade no Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há 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.

Quando a análise documental da análise do laudo médico de incapacidade do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem base na documentação médica apresentada vem a ser considerada a análise do laudo do IMI, considerando, desde que, em me submeter a análise médica preventiva, caso necessário, as costas do laudo médico para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado em veículo particular, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso houver divergência.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Grau de parentesco da vítima: 25 - Laudo de Perícia com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tiver filhos, informar o nome: 30 - Vítima deixou marido(a) ou esposa(o)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tiver irmãos, informar o nome: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob a pena de falsidade, que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte, ou que sou o único beneficiário do Seguro DPVAT por morte, e que não há qualquer outro beneficiário, ainda que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, sob pena de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legal de quem assina o pedido (à regra)

35 - CPF legal de quem assina o pedido (à regra)

36 - Assinatura de quem assina o pedido (à regra)

38 - 39 | Nome:

CPF:

Assinatura do testemunha

39 - 40 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 23 DE ABRIL DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Promotor (se houver)



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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(ª). 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(ª) 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/>, consultando 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



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mão:
Endereço:
UF: PE

Idade: 32 Anos 9 Meses 23 Dias
CNS: 705604417927618
Contatos: 81- 97617733 | Celular: 81.

Nasc: 24/02/1990

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 24/11/2019 02:03
Prontuário: 53425
A.V. Atendimento: 3404693
Serviço: ORTOFEDIA E

Enfermaria/Letto:

Médico:
THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO À ENTRADA NA UNIDADE TRAZIDO PELO SAMU. NEGA TCE, DESMAIO E VÔMITO, NEGA DOR CERVICAL, NEGA DOR TORÁCICA OU ABDOMINAL.

História Clínica

Exame Físico

FRANKEL E
APRESENTA ESCORIAÇÃO EM PERNA ESQUERDA. LESÃO CORTO CONTUSA EM FACE ANTEROMEDIAL DE TERÇO 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: 19033935

Data/Hora: 24/11/2019 - 02:13

13/11/19
CADASTRO
SAMU/NOE



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Paciente:
THIAGO HENRIQUE DA SILVA

Idade:
29 Anos 9 Meses 0 Dia

Prontuário:
53-21

Atendimento: Dt Atend:
3404771 24/11/2019

ENTREVISTA SERVIÇO SOCIAL

SETOR: ORTO TRAUMA		DATA: 24/11/2019
NOME: THIAGO HENRIQUE DA SILVA		
NOME SOCIAL:		
IDADE: 29 Anos 9 Meses 0 Dia	DATA DE NASCIMENTO: 24/02/1990	ESTADO CIVIL: Solteiro
MÃE: EDINICE ALVES DA SILVA		
PAI: LUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA		
ENDEREÇO: LA TRAVESSA LINHA NOVA, N.º 55 - Nº 55 BAIRRO: COQUEIRAL - CIDADE: RECIFE - UF: PE		
PONTO DE REFERENCIA: PRÓXIMO DA ESTAÇÃO DO METRO		
TELEFONES: 9 9761 7733 (PACIENTE) 9 9720 0024 (NOIVA-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		
1º ATENDIMENTO <input checked="" type="checkbox"/>	READMITIDO <input type="checkbox"/>	PROCEDENCIA: SAMU
ACOMPANHANTE: THAYNARA PATRÍCIA DA SILVA MARQUES		PARENTESCO:
TABAGISMO: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/> USO DE ALCOOL: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		
OUTRAS DROGAS: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA <input type="checkbox"/>		
PESSOA COM DEFICIENCIA: NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS: VISUAL <input type="checkbox"/> FISICA <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"/> NASP <input type="checkbox"/> CAPS (AD) <input type="checkbox"/> CAPS (TRANSTORNO MENTAL) <input type="checkbox"/> CREAS <input type="checkbox"/> CRIS <input type="checkbox"/> CENTRO POP <input type="checkbox"/>	
PROFISSÃO: SUPERVISOR DE EVENTOS	ESCOLARIDADE: SUPERIOR	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	OUTROS:	
COMPOSIÇÃO FAMILIAR: COM OS PAIS E UM IRMÃO		
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 À ENTRADA NA UNIDADE TRAZIDO PELO SAMU.
FRATURA EXPOSTA NA PERNA, BRAÇO E PE.
FRATUROU O FÊMUR, AGUARDA CIRURGIA, ORIENTO ROTINA E ACOMPANHANTE ATÉ 28/11/19
25/11/2019 - USUÁRIO ADMITIDO NA TRAUMATOLOGIA, ENCONTRA-SE ACOMPANHADO DA GENITORA, 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 - nu1 - 12045

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3404771

Leito: TRAU 07-03 - POSTO | 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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- ADHP DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

7- (CNE)

8- DATA DE NASCIMENTO

HENRIQUE DA SILVA

53425

705604417927618

24/02/1990

9- NOME DO PAI DO PACIENTE

10- NOME DA MÃE DO PACIENTE

11- TELEFONE DE CONTATO

81- 97617733 | Celular: 81-

EDINICE ALVES DA SILVA

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

16- TERCEIRA LINHA NOVA, Nº 55 - Nº 55 BAIRRO: COQUEIRAL - CIDADE: RECIFE - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- MOTIVO DA INTERNAÇÃO

18- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20- JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21- RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

22- EXAME FÍSICO

23- CID 10 PRIMÁRIA (24 - CID PRINCIPAL)
FRATURAS MÚLTIPLAS DO FEMUR - S72.7

25- CID 10 SECUNDÁRIA

26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29- NOME

30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31- CNES 16- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)

07088895435

32- DATA DA SOLICITAÇÃO

24/11/2019

33- NOME DO PACIENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34- NOME DO TRAFANTE

35- CNES DA SEGURADORA

36- Nº DO BILHETE

37- SÉRIE

38- NOME DO TRABALHADOR

39- CNES EMPRESA

40- CNES DA EMPRESA

41- CDBR

42- NOME DO TRABALHADOR

43- SÍMBOLO COM A PREVIDÊNCIA

☐ 44- EMPREGADO

☐ 45- EMPREGADOR

☐ 46- AUTÔNOMO

☐ 47- DESEMPREGADO

☐ 48- APOSENTADO

☐ 49- NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

50- NOME DO RESPONSÁVEL, AUTORIZADOR

51- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE

52- DATA DA AUTORIZAÇÃO

53- NOME DO RESPONSÁVEL, AUTORIZADOR

54- NOME DO RESPONSÁVEL, AUTORIZADOR

55- NOME DO RESPONSÁVEL, AUTORIZADOR

SECRETARIA DE SAÚDE
COORDENADORIA DE SAÚDE
COORDENADOR
Médico AL
CDBR

Relatório Geral de Cirurgias

Prontuário: 778608

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Idade: 29 Anos, 9 Meses e 17 Dias

Dr. CARLOS HENRIQUE DA SILVA

Assistente: 137371

Assistente: 137371

Assistente: 137371 - 8722 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Assistente: 137371

Assistente: 137371 - 1408050519 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR
Assistente: 137371 - 1408050519 - FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES

11/12/2019

Cirurgião: CARLOS ANTONIO ROCHA CÂNDIDO FILHO

Assistente: 137371 - LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

Assistente: 137371 - ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Assistente: 137371

Anestesiologista: RAQUEL ANESTESIA

Anestesiologista:

Anestesiologista: RODRIGO JOSE FLORO LUCIANO DA SILVA

Descrição da Cirurgia:

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia

com antiseptia

preparação de campos estériles

incisão longitudinal supratrocantérica

perpêndicular ao ponto de entrada da haste

incisão longitudinal na topografia da fratura

abertura por planos

visualização do foco fraturário

redução da fratura o mais anatômico possível

aplicação 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 pequenas incisões

controle com intensificador de imagens

aplicado parafuso tampão

fechada com SFO 9%

curativa por planos

curativo estéril

procedimento realizado com auxílio de fluoroscopia

fixação fratura do 1/3 proximal possivelmente ocasionada durante passagem de haste sendo necessário retardar carga

Dr. Carlos Cândido Filho
Ortopedia - Cirurgião do Joelho
CPF: 053.158.674-50
CRM-PR: 8948 / RCOF 13125
CRM-PR: 18336

LEONARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
Traumatismo
CREMEPE 23550

Sumário de Admissão e Alta

5650011

Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

Prontuário: 776608

Assinamento: 25767

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 03

Procedimento Realizado (Consultar no AutoMedico): fx diafise de femur esq

CID: 5723

Admissão Solicitada: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Tempo de permanência Previsto:

04/52/0012

Procedimento Realizado: 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

0408050519 - Tratamento Cirurgico

Dr. Carlos Antonio Rocha Candido Filho

1. Ajuze Cirurgico: LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

2. Ajuze Cirurgico: ELDEN DE VASCONCELOS CARVALHO

3. Ajuze Cirurgico:

15 - Demais Auxílios Cirurgicos:

16 - Anestesia: RODRIGO JOSE FLORES LUCIANO DA SILVA

17 - Clínica:

18 - Clínica:

Exames Especiais:

Procedimento

acompanhamento

19 - Análise de Risco

- ☒ Uso de Prótese Ortese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Secretaria de Saúde - P.J.V.

Observação do Caso: * procedimento cirurgico sem intercorrências verificado fratura em 1/3 proximal de femur esq devido a passagem de haste sendo necessario retorno de carga

Diagnóstico Principal: 5723 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR

Diagnóstico Secundário:

Observação de Alta:

Data de Internação: 09/12/2019

Data de Alta: 13/12/2019

Dias de Hospitalização:

dia(s):

LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

Dr. Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
Prontuário
CREMEPE 23550

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 257671

Nascimento: 14/02/1990

Responsável:

Prontuário: 772508

Sexo: Masculino

Nome: THIAGO HENRIQUE DA SILVA

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

IDADE: 27 Anos 9 Meses e 15 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 000.123.1432

Identidade: 7031432

Telefone:

Emprego:

Estado Civil:

Certão SUS: 705604417927618

Nome do Mãe: PRINICE ALVES DA SILVA

Nome do Pai: JUIZ CARLOS HENRIQUE DA SILVA

Endereço: R. TRAVESSA LINHA NOVA, COQUEIRAL, CEP: 50781-010, Nº 35, RES. 47

Cidade: SÃO CARLOS

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Dr. JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: S729

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

TRATAMENTO: TRATAMENTO DE ACIDENTE DE MOTO ENCAMINHADO DO HOF COM FX DE FEMUR ESQUERDO. REPERTE ACIDENTE NO DIA 24/11

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS

NENHUM

EXAME FISICO GERAL

PAZ, SINTOMAS: AFEBRIL, C/ RAO, HÍDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

EX - CARDIO - VASCULAR

EX - EX - EX - EX

EX - RESPIRATORIO

EX - EX - EX - EX

EX - GASTRO

EX - GENITO - URINARIO

OUTROS

HIPÓTESE DIAGNOSTICA

FRATURAS MÚLTIPLAS DO FEMUR ESQ

DIAGNOSTICO DEFINIDO

CONDIÇÕES DE ALTA

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. Jose Ailton Araujo
Médico
CRM-PB 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FAT.SAM.01

Revisão

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Thiago Henrique da Silva

REGISTRO: 778608 DATA DE NASCIMENTO: 24 / 02 / 1990

RG: 7031432 ORGÃO EMISSOR: SPS / PE

ENDEREÇO: Primeira Travessa Limbo novo
nº 55-A - Coqueiral 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: S72.3

DIAGNÓSTICO: Fratura da Diáfise do Fêmur
Esquerdo — " — " — "

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

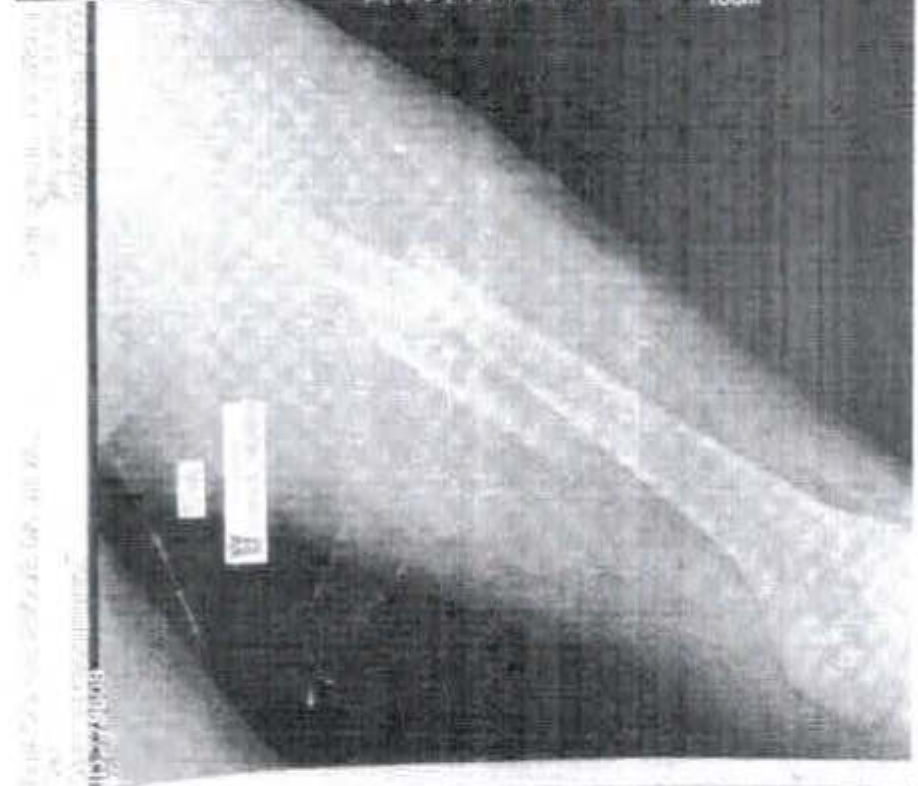
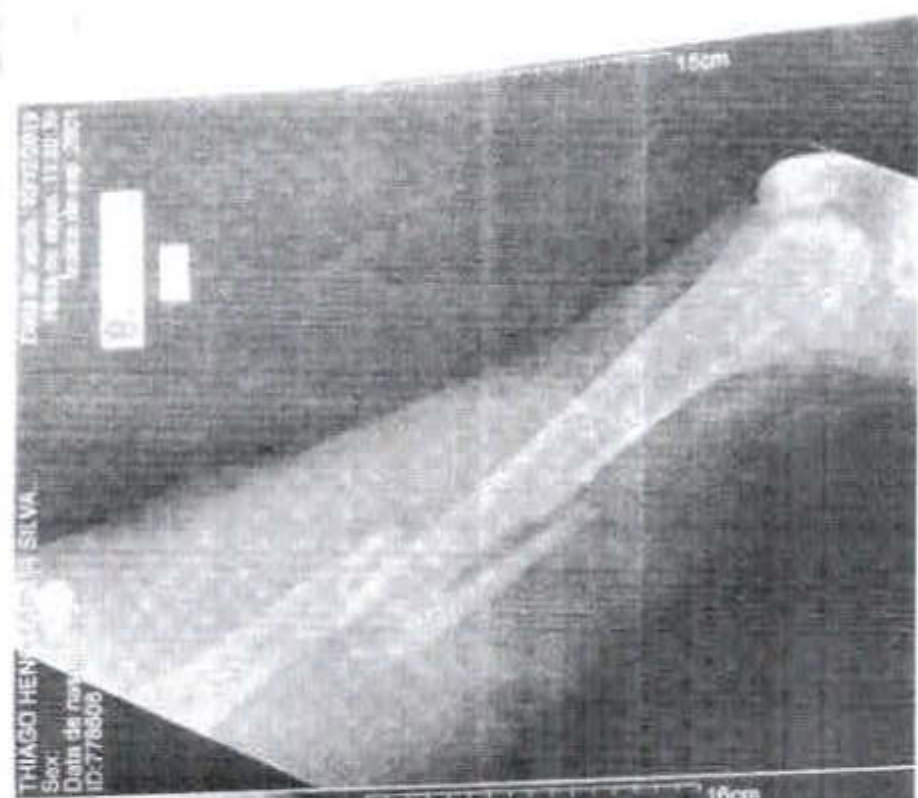
MÉDICO: _____

EREMPE: _____

JABOATÃO DOS GURARAPES, 18 DE março DE 2020.


 Leonardo Costa
 Médico
 CRM 23550

MÉDICO







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

Digito 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 IN/RFB 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

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

THIAGO HENRIQUE DA SILVA

Steffany Carolyn 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50