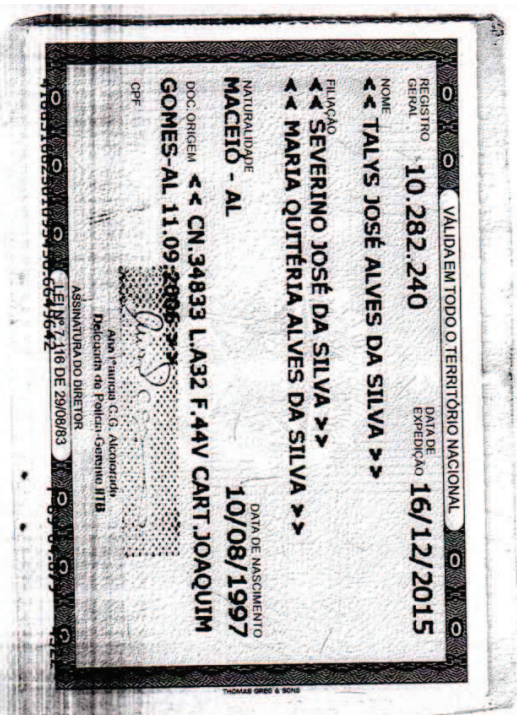
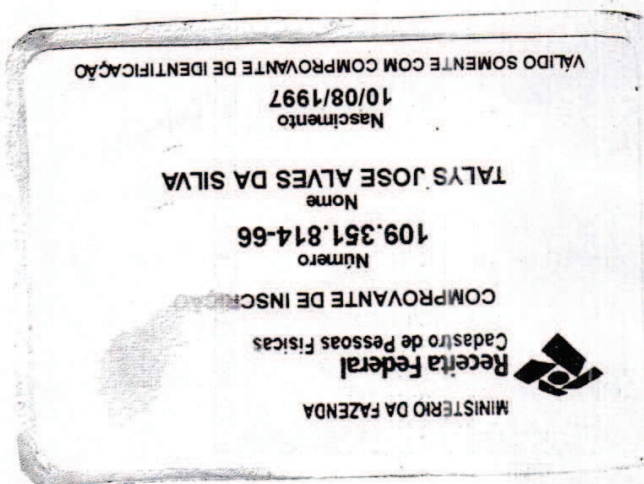
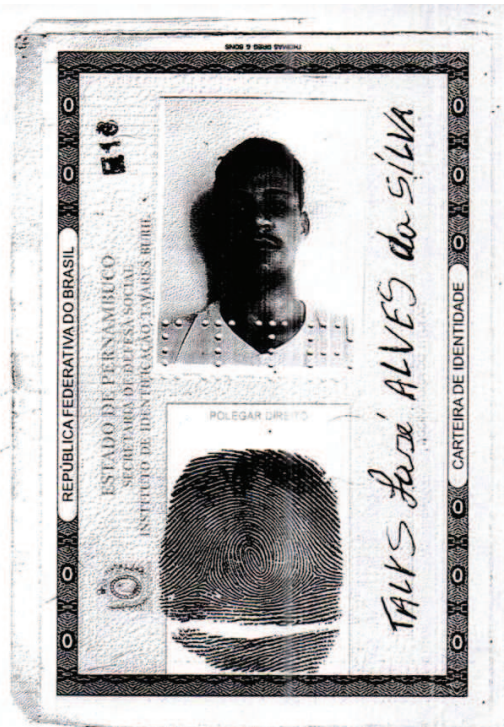


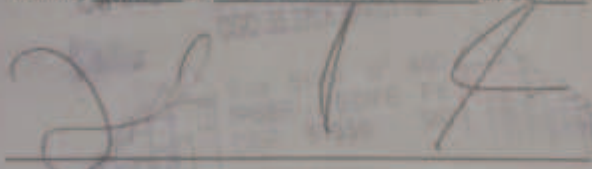


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declaro para os devidos fins a(o) CPAS que
Sr.(a) TALYS JOSE ALVES DA SILVA
Portador (a) do RG nº 10282240 e CPF nº 109351814 ⁵⁶ é domiciliado
à Rua/Av. Virgínia Herócio nº 34
CEP Bairro IPSEP Cidade RECIFE

Sem mais para o momento, somos.

Recife, 11 de ABRIL de 20 18



Presidente ou Representante Legal

Valdemir
Macedo





ANTÔNIO GABRIEL PEREIRA
— ADVOCACIA —

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Talys José Alves da Silva, brasileiro, casado, montador de móveis, portador do CPF sob o nº 109.351.814-66, com Documento de Identidade de nº 10282240 – SDS/PE, com endereço eletrônico talysjs67@gmail.com, residente e domiciliado na Rua Virginia Heráclio, s/n, IPSEP, CEP: 51350-250, na cidade de Recife-PE.

OUTORGADO: Dr. Antônio Gabriel da Silva Pereira, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PE sob nº 44.701, com endereço profissional na Avenida República do Líbano, nº 251, Empresarial Rio Mar Trade Center 3, Sala 2801, CEP: 51110-160, Recife-PE, com endereço eletrônico antoniogspereira.adv@gmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima descrito, o poder para, em nome do outorgante, **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

Os poderes específicos acima outorgados **não poderão** ser substabelecidos.

Recife-PE, 10 de abril de 2019.

Talys José ALVES da SILVA
TALYS JOSÉ ALVES DA SILVA
109.351.814-66

antoniogspereira.adv@gmail.com | (81) 9 9742-2677
Av. República do Líbano, 251 | Empresarial Rio Mar Trade Center 3 - Sala 2801 | Pina | CEP 51110-160 |
Recife-PE



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Talys José Alves da Silva

DATA DO ACIDENTE 02/02/18 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 109.351.814-66

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- (X) Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Talys José Alves da Silva
 Quem é o portador? () Vítima (X) Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 109.351.814-66
 E-mail Talysjosealves@gmail.com Tel: 011 986263870
 Data 23/04/18 Assinatura TALYS JOSÉ ALVES DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Ar. Centro de Perito
 Atendente Edmilson Marciliana Silva
 Data: 23/04/18 Assinatura: Edmilson Marciliana Silva
 Agente de Confiança Almeida Gonçalves
 Matrícula: 45047022-7



Assinatura de Segurança

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 32300018 - AC CENTRAL DE RECIFE
RECIFE
CNPJ....: 34028316049463 Ins Est.: 001436007

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 303663418
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento..: 23/11/2018 Hora.....: 16:00:30
Caixa.....: 89258550 Matrícula...: 85048623
Lancamento..: 028 Atendimento: 00018
Modalidade..: A Faturar ID Tiquete.: 1560626484

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	130	
CNPJ/CPF Remet : 10935181466		
Nome Remetente.: TAYS JOSE ALVES DA SILVA		
Endereco Remet.: RUA Rua Sao Silvestre,72		
Cont Endereco...: - Ipsep		
Cep Remetente...: 51350-540		
Cidade Remet...: RECIFE		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	130	
OBJETO.....: DY289116586BR		

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado nao solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o servico adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentacao de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderao sofrer variacoes de
acordo com as clausulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsavel.....

Postagem ocorrida apos o horario limite de postagem (DH), sera acrescido 1 (um) dia util ao prazo padrao de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **TALYS JOSE ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180569160**

Vítima: **TALYS JOSE ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **01/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569160**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13673924

Pag. 00375/00376 - carta_01 - INVALIDEZ

00020188



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: TALYS JOSE ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180569161

Vítima: TALYS JOSE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 01/05/2018

Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180569161**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00377/00378 - carta_01 - DAMS



Carta nº 13674930



Boletim de Ocorrência

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 328-1160
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original, Dou fé.
Recife, 8 de novembro de 2018 15:34:52
Em testemunho da verdade,
João Ferreira da Silva Junior (Esc. Aut.)
Emol.: R\$ 2,90 TNSR: R\$ 1,19 Total: R\$ 4,09
Selo: 0077503.VSX10201805.02089
Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/consultadigital



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0099001993

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/07/2018** às **16:15**

ACCIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **18/07/2018** às **20:11**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PINTOR ANTONIO ALBUQUERQUE, 01 - Bairro: IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
TALYS JOSE ALVES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **TALYS JOSE ALVES DA SILVA**

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

TALYS JOSE ALVES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA QUITERIA ALVES DA SILVA
Nome: SEVERINO JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 10/8/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / NÃO
Identidade: BRASILEIRO Documentos: 10282240/SSP/AL (RG), 10935181466 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A)
Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR Telefones Celulares: 985755412

Endereço Residencial: **RUA VIRGINIA HERACILIO, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO: MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): TALYS JOSE ALVES DA SILVA
Capacidade/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX250 TWISTER Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

18/07/2018 15:4



Conteúdo / Observação

INFORMA A VITIMA QUE SEGUIA EM VIA PUBLICA EM UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, MODELO TWIST 250, COR AMARELA, PLACA HGM-0552, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E BATEU DE FRENTE COM UM POSTE CAUSANDO VARIAS FRATURAS NO CORPO..

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

TALYS JOSE ALVES DA SILVA TALYS JOSE ALVES DA SILVA
(VITIMA)

Registado por: **POLICARPO DA SILVA COSTA NETO** - Matrícula: **3848523**

Polcarpo da S. Costa Neto



Jovem Aprendiz

De: UPA IMBIRIBEIRA <contato.upaimb@ipassaude.org>
Enviado em: quarta-feira, 3 de abril de 2019 14:39
Para: secretaria.upaimb@ipassaude.org; coordtecnica.upaimb@ipassaude.org
Assunto: SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO

Sinalizador de acompanhamento:

Acompanhar
Sinalizada

Status do sinalizador:

De: Talys José Alves da Silva
Motivo da Solicitação: Seguro DPVAT
Data do atendimento: 01/05/2018
RG: 10.282.240
Telefone: 986263270
Data de nascimento: 10/08/1997
Nome da Mãe: Maria Quitéria Alves da Silva
Protocolo: teste

--
Este email foi enviado via formulário de SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATENDIMENTO em UPA IMBIRIBEIRA

J. V. 17
Solicite 08/05/2018



Tempo da Doença *	Acesso à UPA *	Nível de Consciência *	Vulnerabilidade Social*
1 Horas	Espontânea	Vígil / Alerta	Ausente
Queixa Principal / História: Paciente com história de colisão bicicleta- carro há aprox 30min-1h, chega com queixa de dor toracica com piora à inspiração profunda. Nega perda da consciencia e vomitos. Apresenta ainda escoriações em mse e mie, com dor local.			
ANTECEDENTES: Infecção Orofaringe: ☐ Alergia: ☐ Diabetes Mellitus: ☐ Hipertensão Arterial: ☐ Doença Pulmonar: ☐ Doença Cardiovascular: ☐ Nefropatia: ☐ Tabagismo: ☐ Dislipidemia: ☐ Alcoolista: ☐ Medicamento: ☐ Observações: nega alergias			
EXAME FÍSICO			
EG Bom	Hidratado	Anictérico	Sem Edemas
Nutrido	Eupnéico	Afebril	Corado
Avaliação Cardio Vascular Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação do Aparelho Respiratório Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Neurológica Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Aparelho Digestivo Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação Aparelho Locomotor Observações: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			
Avaliação de outros Aparelhos ou Sistemas SGU: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: ORL: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada: Pele: ☒ Não Examinado: ☐ Normal ☐ Alterada:			

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) TEMP SATO2 HGT

Médico Responsável: **RAFAEL MUNIZ DE LIRA**
MAROJA

Crepepe: 25729

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1501042 Data: 01/05/2018 19:21
Usuário.....: RAFAELML
Atendimento: 1081923 Dt Nasc: 10/08/1997 (20a 8m 28d)
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Paciente.....: 512201 - TALYS JOSE ALVES DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/05/2018 19:06 0 Dias(s) int
Médico.....: RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA - CRM 25729
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX P.A. ; Exame: 279809	1					
2 RX COLUNA CERVICAL A.P. / OBLIQUA / PERFIL ; Exame: 279809	1					
3 RX BACIA A.P. / PATA DE RÃ ; Exame: 279809	1					

UPA IMBIRIBEIRA
U. - IMBIRIBEIRA
RA - IFCL - VILA ALTA DE DESSA CUFIA DO PRONT. JARS
MEDICO ELETRONICO
Dr. Marcello Silveira
COORDENADOR DE ATENDIMENTO
CDD: 02/05/2018 19:06 LIRA MAROJA 25729

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1501043 Data: 01/05/2018 19:22
Usuário.....: RAFAELML
Atendimento: 1081923 Dt Nasc: 10/08/1997 (20a 8m 28d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 512201 - TALYS JOSE ALVES DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 01/05/2018 19:06 0 Dias(s) int
Médico.....: RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA - CRM 25729
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo... /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 RX COLUNA LOMBO-SACRA A.P. / PERFIL ; Exame: 279810	1					
5 RX COLUNA DORSAL A.P. / LATERAL ; Exame: 279810	1					

UPA IMBIRIBEIRA
RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA
MÉDICO GERAL
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello JCS
Coordenador de Informática - UPA IMBIRIBEIRA

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1501069 Data: 01/05/2018 20:11

Usuário.....: RAFAELML

Atendimento: 1081923 Dt Nasc: 10/08/1997 (20a 8m 28d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 512201 - TALYS JOSE ALVES DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 01/05/2018 19:06 0 Dias(s) int

Médico.....: RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA - CRM 25729

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CLINICA GERAL

Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:

Cid.....: R071 DOR TORACICA AO RESPIRAR Ciclo.../

Diagnóstico:

Protocolo...:

Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 C.C. TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/100ML				
-> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 C.C. DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
3 C.C. CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-500ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/500ML		IV	Agora	
-> CATETER INTRAVENOSO N. 20	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA
RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA
MÉDICO

Dr. Marcello JCS
Especialista em Medicina - CRM 25729

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 01/05/2018 20:19:44

IDENTIFICAÇÃO

NOME: TALYS JOSE ALVES DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 20 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 10/08/1997

PRESTADOR ASSISTENTE: RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA

DATA DE ATENDIMENTO: 01/05/2018 19:06:40

ATENDIMENTO: 1081923

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -1 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: R071 - DOR TORACICA AO RESPIRAR

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

RECIPAS
UPA IMBIRIBEIRA
RAFAEL MUNIZ DE LIRA MAROJA
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
C.R.C. nº 12.173/16 - UPA - UPA 24H

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: TALYS JOSE ALVES DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1632263	ATENDIMENTO: 00968588
DATA DE NASCIMENTO: 10/08/1997	FOI ATENDIDO EM: 04/06/2018 Às	
	DATA DA ALTA: 13/07/2018 ÀS 11:28	

Diagnóstico Provável:

TRM TORACICO / FRATURA DE T6
CID 10 - S24

Tratamento Realizado:

- ANALGESIA
- ANTIBIOTICOTERAPIA.

Observação:

- PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA UM MES. EVOLUIU COM DEFICIT MOTOR E SENSITIVO EM MMII. TC DE COLUNA TORACICA EVIDENCIOU FRATURA DE T6. NO MOMENTO, CONSCIENTE E ORIENTADO, PARAPLEGICO E COM ANESTESIA COM NIVEL T6. SOB CATETERISMO VESICAL INTERMITENTE. PRESENÇA DE ULCERA SACRAL GRAU IV. LIMPA, BOM ASPECTO. NO DIA 03/07/18 FOI SUBMETIDO A ARTRODESE TORACICA T3 - T4 - T5 - T7 - T8 VIA POSTERIOR + LAMINECTOMIA DE T6, PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS. SEGUE ESTAVEL, MANTEM DEFICIT MOTOR PREVIO (FRANKEL A) EUPNEICO EM AR AMBIENTE, HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. RECEBE ALTA HOSPITALAR.
- AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR TEMPO INDETERMINADO.
- CURATIVO DIARIO . RETIRAR PONTOS DA FO COM 10 DIAS DA ALTA.

Encaminhado para:

- ORIENTO RETORNO AO AMBULATORIO DE COLUNA COM DR DEOCLIDES COM 15 DIAS DA ALTA.
- AO CIRURGIAÃO PLASTICO, PARA AVALIAÇÃO DE ENXERTO EM REGIÃO SACRA E TROCANTER.

Dr. Delson André
Médico Residência
Neurocirurgia
CRM 10.000

DELSON CULEMBE BAPTISTA ANDRE - CRM: Nº.2552031

Recife, 13, JUNHO ,2018

ATENÇÃO:

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





CÓPIA AUTÊNTICA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 36520 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRICAO - IPSEP
Ofício nº. 425 / 2018 Data 20 / 9 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 009A. CIRCUNSCRICAO - IPSEP

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:11 do dia 20 de Setembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de TALYS JOSE ALVES DA SILVA filho(a) de SEVERINO JOSE DA SILVA e de MARIA QUITERIA ALVES DA SILVA de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 21 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de MACEIO - AL, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 10282240, profissão NÃO INFORMADO, endereço RUA VIRGINIO ERÁCLITO, complemento: s/n, bairro IPSEP, telefone/s NÃO INFORMADO, RECIFE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Refere o periciando ter se envolvido em acidente de trânsito no dia 01/05/2018. Apresenta ficha de esclarecimento do Hospital da Restauração, datada de 13/06/2018 e assinada por Delson Cylembe Baptista André, CRM 2552031, onde consta: "...prontuário 1632263...atendimento 00968588...atendido em 04/06/2018 alta: 13/07/2018...TRM torácico/fratura de T6 CID 10 S 24...vítima de queda de moto há um mês. Evoluiu com déficit motor e sensitivo em MMII. TC de coluna torácica evidenciou fratura de T6. No momento, consciente e orientado, paraplégico e co anestesia com nível T6. Sob cateterismo vesical intermitente. Presença de úlcera sacral grau IV... No dia 03/07/18 foi submetido a artrodese torácica T3-T4-T5-T7-T8 via posterior+laminectomia de T6, procedimento sem intercorrências. Segue estável, mantém déficit motor prévio (Frankel A)..."

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Ao exame físico periciando paraplégico, em cadeira de rodas, em uso de fralda descartável e preservativo conectado a sonda para coleta de urina. Cicatriz com marcas de pontos de sutura em região de coluna torácica, medindo cerca de 235 mm em seu maior eixo.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Solicitada documentação fotográfica.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Resultou incapacidade par as ocupações habituais por mais de trinta dias. Resultou perigo de vida (traumatismo raquimedular).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Sim. Resultou deformidade permanente devido à cicatriz. Resultou enfermidade incurável: paraplegia.

[Assinatura manuscrita]





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^º. ANA VERUSCHKA AZEVEDO DE OLIVEIRA
TELES - CRM 11415.

Perito responsável

ALYS JOSÉ ALVES
DA SILVA
16/30/18 1308

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Fabio Faria

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo

Carimbo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JESSE GILVAN DOS SANTOS SILVA,
RG nº 7549342, data de expedição 27/09/2004,
Órgão SPS PE, portador do CPF nº 08492119489, com
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: BREJO DA CRUZ, nº 23,
complemento JORDÃO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima TALYS JOSE ALVES DA SILVA cujo o condutor era
TALYS JOSE ALVES DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: TWISTER 250

Ano:

Placa: HGM-0552

Chassi:

Data do Acidente: 01/05/2018

Local e Data: RECIFE, 18 DE FEVEREIRO DE 2019

Jesse Gilvan dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

