



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

1. Ocorrência da Emergência: 756648

1.1 - Atendimentos em: 13/08/19

1.2 - Às 16 horas e 35 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1127900

2.1 – Internado em: 13/08/19

2.2 - Alta em: 23/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA + FERIDA CORTO-CONTUSA NO JOELHO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 13/08/19 = LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + SUTURA + FIXAÇÃO EXTERNA LINEAR DA TÍBIA ESQUERDA. 2º CIRURGIA EM 19/08/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DA FRATURA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

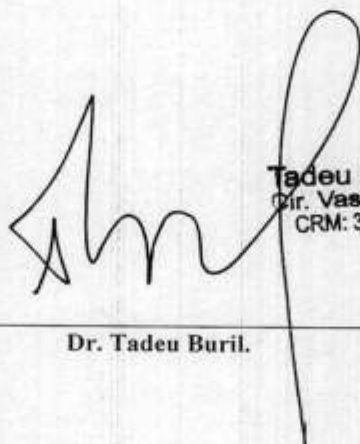
DATA: 4.11.2019

HORA: 08:30:43

PASTA: 01.11.2019

TB

RS



Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 756648

Prontuário: 1127900

Nome: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

Data Nasc.: 06/12/1994

Idade: 24

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 9234725

CNS: 702902528614678

Endereço: RUA TAUBATE

Nº: 49

Bairro: JARDIM SAO PAULO

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 50920180

Fone: 31845749

Profissão:

Nome da Mãe: VERONICA MARIA DA SILVA

Acompanhante: STEFANY POLIANA DE BARROS

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. POR ENF. MARGARIDA, SAMU RECIFE BASICA 18 LINDINALVA, ACIDENTE COM COLISAO MOTO/CARRO, COM

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO

DATA: 13/08/2019

HORA: 16:35

h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de trauma por acidente de moto há 2 horas. Trauma em M.D.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista ☐ Passageiro ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Nega Alergias

Exame Físico:

Geral

Via aérea esta pervia Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Temp.: Cº

CGO, orientado, consciente, resposta verbalizada AUPM SD

Respiratório

Normal

C: Circulatório

PA: 160 x 90 mmHg

Pulso: 100 bpm

Normal

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☒ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: 4 Hora:

Escore: 5 Hora:

Escore: 6 Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Normal. Paciente ferido, depressivo, indolor, sem sangramento, sem equimoses, sem escoriações.

Diagnóstico Inicial: Politrauma.

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica CD: 1) Painel do trauma
2) Visto por Dr. Tércio, da ortopedia,

Exames Solicitados: 1 - Especializados que indicam bloco.

Resultado de Exames: 3) Rx tórax e palmatores; Ao bloco cirúrgico
As unidades da ortopedia

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Médico + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Assist. Social:

Observações:

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 13/08/2019 16:35 h JOSENEIDEAS

Impressão: 13/08/2019 16:35 h JOSENEIDEAS

1) Ortopedia. Paciente vítima de acidente de trânsito, aqui ferido em parte.

- Ao exame radiográfico: Fr. da quela de perna.

- neuromuscular preservada;

4) Fr. exposta de perna.

1) SRA. SARA
II NTA 2.5

1) Aspecto de 14g @ 14.00

Dr. Tércio
Médico
CRM 12461 CRM RJ 2015

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 13/08/2019 16:20

Nome Paciente:	THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	06/12/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	E0035
Convênio:	
Atendimento:	

SAME:

Período: 13/08/2019 16:22 - 13/08/2019 16:23

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOT/CARRO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR + TRAUMA ABERTO EM MID
NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Observação: TRAZIDO PELO SAMU RECIFE (B18) DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/08/2019 16:23



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☒ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☒ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☒ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☒ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☒ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☒ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☐ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martín s/n - Candeia

Recife/PE - CEP 50.830-060

Fone: (0XX 81) 31845600

50

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: THARCÍSIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

REGISTRO: 1127900

Data da operação: 13/08/2019

Operador: DR GUILHERME DIDIER

1º auxiliar: DR ARISSOMI (MR3)

2º auxiliar: DRA ANNA (MR3)

Anestesista: A PLANTONISTA

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA +
FERIMENTO CORTOCONTUSO EM JOELHO ESQUERDO

Procedimento Solicitado: EMC + DESBRIDAMENTO + SUTURA + FIXAÇÃO
EXTERNA LINEAR DA TÍBIA ESQUERDA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos estereis;
- 4) Realizado redução incruenta + Posicionamento de fixador externo linear em
Tíbia Esquerda sob radioscopia
- 5) Sutura de pele com Nylon;
- 6) Curativo esteril;
- 7) Observada boa Perfusão periférica ao fim do procedimento;

Arisson Ferreira Leite
2º Tenente Médico
CREMEPE 24082
IDT 070515177-7 MD/EB



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome : TARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

Registro: 1127900

Data da operação: 19/08/2019

Operador: Dr. ARTHUR 1º auxiliar: Dr. SILVIO (MR3)

2º auxiliar: Dra. HANNA (MR2) 3º auxiliar: Dr. JOSE VICTOR MR1

4º auxiliar: DR ANDRE MR1

Anestesista: Dr MICHEL

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA DIREITA

Tipo de operação: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decubito dorsal sob raqui anestesia;
- 2) Assepsia e antissepsia;
- 3) Garroteamento de MID;
- 4) Aposição de campos estéreis;
- 5) Incisão em face antero-lateral de perna direita;
- 6) Visualização de formação de calosidade óssea em foco de fratura;
- 7) Realizada caloclasia;
- 8) Redução cruenta de fratura;
- 9) Aposição de placa ALCP bloqueada 4,5 + 4 parafusos bloqueados + 2 parafusos corticais;
- 10) Visualizada boa redução por fluoroscopia;
- 11) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 12) Sutura por planos;
- 13) Curativo Estéril;
- 14) Retirada de Garrote;
- 15) Boa perfusão distal após o procedimento.

Dr. André Cândia
Médico
CRM - PE: 27767



THARGISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS		01127900	702902528614
756625	MASCULINO	24h 8m 17s	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

H/D: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
PACIENTE CLINICAMENTE ESTAVEL REFERE MELHORA DA DOR EM MIE: SEM APRESENTAR INTERCORRENCIAS NAS ULTIMAS 24H. FUNÇÕES ELIMINATORIAS PRESENTES E SEM ALTERAÇÕES. SONO E APETITE PRESERVADOS.

Tratamento:

13/08/2019: LMC + DMC + SUTURA + FIXADOR EXTERNO LINEAR DE TIBIA ESQUERDA
19/08/2019: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS (DR ARTHUR)

OBS:

- ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DR ARTHUR
- RETORNO AMBULATORIAL EM 15 DIAS
- ANTIBIÓTICO E ANALGESIA
- FISIOTERAPIA MOTORA
- CARGA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADA

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
13/08/2019	23/08/2019

Recife, 23 DE AGOSTO DE 2019

EMMANUEL COSTA MACIEL - CRM: Nº.27967

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
INTERNAÇÃOAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1754088793

THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

DOC. IDENTIDADE (ÓRG. EMISSOR) / Nº
9783400106 RPE PE

CPF
122.518.174-76

DATA NASCIMENTO
06/12/1994

PLACÃO
JOSE FLAUBERTO BARROS
DE BARROS
VERONICA MARIA DA SILVA
A

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06390576559

VALIDADE
14/11/2023

1ª HABILITAÇÃO
16/06/2015

OBSERVAÇÃO
EAB

Tharcisio Flauberto da Silva Barros

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
19/11/2018

ASSINATURA DO EMISOR
12595806834
PR088325440

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754088793

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

IMP

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1483119404

NOME
FERNANDO CASTRO DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4631814 SSP PE

CPF
024.582.614-93

DATA NASCIMENTO
09/07/1976

FILIAÇÃO
MOISES BATISTA DA SILVA
A
LUZINETE FREIRE DE CASTRO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04755036365

VALIDADE
07/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
16/09/2009

OBSERVAÇÕES
EAR

Assinatura do Portador
FERNANDO CASTRO DA SILVA

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
17/08/2017

Assinatura do Emissor
Charles Andrada Souza Almeida
Diretor Presidente

54668805444
PE080935770

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1483119404

DF AC AL AP AM AN AR AS AT BA BE BG BR BU CE DF ES GO IAN MA MS MT PA PB PE PI RJ RN RS RO RR SP TO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014803561660

VIA 1 534313607
CDD RENAVAM
R.N.T.R.C. *****
EXERCÍCIO 2019

ELAVIO ALAN NUNES DE LIMA

OLINDA-PE

CPF / CNPJ

112.275.634-35

PLACA EG06523

PLACA ANT / UF
***** / PE
CHASSI 9C2K01680ER462853

ESPECIE TIPO

DAS 31000000000000000000

COMBUSTIVEL

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / CG150 EAN E3DI

ANO FAB. / ANO MOD.
2013 / 2014

CATEGORIA
PARTIC. / COR PREDOMINANTE
PRETA

VENO. COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
90.11

PREMIO TOTAL (R\$)
94.58

DATA DE PAGAMENTO
08/02/19

SEM RESERVA

OLINDA

ROBERTO CARLOS MORAES FERNANDES

SAC DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803561660 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELAVIO ALAN NUNES DE LIMA

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA-PE

CPF / CNPJ

112.275.634-35

PLACA EG06523

RENAVAM
534314607

MARCA / MODELO
HONDA / CG150 EAN E3DI

ANO FAB. / ANO MOD.
2013 / 2014

CATEGORIA
PARTIC. / COR PREDOMINANTE
PRETA

VENO. COTAS
1º *****
2º *****
3º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
90.11

PREMIO TOTAL (R\$)
94.58

DATA DE PAGAMENTO
08/02/19

SEM RESERVA

OLINDA

ROBERTO CARLOS MORAES FERNANDES

SAC DPVAT

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Francisco Flauberto da Silva		
Data do Acidente:	13/08/19	CPF da vítima:	000.000.000-00
Portador da documentação:	Rene		
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos, (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES:

Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	26/11/19
Nome:	Rene
Assinatura:	Rene

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672085 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
BARROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS.
P1 / P6 / P7

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672085 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A
BARROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO SENDO REABORDADO COM PLACA E PARAFUSOS.
P1 / P6 / P7

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome Tharcisio Flauberto da Silva B. brasileiro(a). estado civil: solteiro
Profissão: ASG, portador(a) do RG 9.234.725, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF 122.548.141-46 residente no(a) Rua Taubate nº 49
nº 49, bairro: Jardim São Bulo município: Recife - PE / PE

OUTORGADO:

Nome: FERNANDO CASTRO DA SILVA brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: ANTONIO, portador(a) do RG 4.631/814 órgão expedidor SSP-PE
e do CPF 024.582.614-93 residente no(a) Rua Janderoba
nº 44 bairro CAMPO GRANDE município: RECIFE PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

vítima Tharcísio Flauberto da Silva Baurer

Local e Data: RECIFE, 13 DE SETEMBRO DE 2019

Cantório de Teófilo

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



SANTUÁRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Falcão de Lacerda, 329 - Tejipió - CEP: 50930-010 - Fone: (81) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS
que confere c/ o padrão reg. neste cartório. Dou fé.
Recife, 13 de setembro de 2019 11:19:47.

Em testemunho _____ da verdade.

Gilda Magalhães Herminio (Escrevente)

Selo:0073478.TYK08201902.00300

Speed: RS 3.28 TQAD: RS 6.00 PERC: RS 3.48 PERMA: RS 6.04 PUMPS: RS 6.08 TSW: RS 6.28 TSW: RS 6.28

Consulte autenticidade em: www.tipe-jus.br/eleidigi

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428852/19

Vítima: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARRC

CPF: 122.518.174-76

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/08/2019

Titular do CPF: THARCISIO FLAUBERTO
DA SILVA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDO CASTRO DA SILVA : 024.582.614-93

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS : 122.518.174-76

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: 02/12/2019
Nome: FERNANDO CASTRO DA SILVA
CPF: 024.582.614-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

FERNANDO CASTRO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672085

Vítima: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672085

Vítima: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

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: **THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **00000289-5**

Conta: **0000026343-5**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

12251817476

Tharciso F. Flauberto da Silva Barros

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Tharciso F. Flauberto da Silva Barros

12251817476

Recuso

Rua Flauberto

49

casa A

Jardim São Paulo

Recife

PE

50791-480

(81) 98659 6235

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, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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 os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vaidoso)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 20/11/2019

Tharciso Flauberto da Silva Barros

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Bandeira do Estado
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0102003309



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/10/2019** às **15:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 13/8/2019 às 16:40

Fato ocorrido no endereço: **RUA LEANDRO BARRETO, 1, ENTRE O SUPERMERCADO E O POSTO LA ROQUE** - Bairro: **JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VERONICA MARIA DA SILVA Pai: JOSE FLAUBERTO BUREGIO DE BARROS Data de Nascimento: 0/12/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9783400106/MTE/PE (RG), 12251817476 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS Telefones Celulares: - 987133987

Endereço Residencial: RUA TAUBATE, 49, CASA-A - CEP: 55090-000 - Bairro: JARDIM SÃO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS, que estava em posse do(a) Sr(a): THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGO8533 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9C2KC10880ER482853

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/BASOL**
Descrição: **HONDA/CG150 FAN ESDI**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVE/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NOTICIA A VÍTIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO 1, QUANDO O VEÍCULO 2, QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO, FEZ INADVERTIDAMENTE UMA CONVERSÃO À ESQUERDA, TORNANDO A COLISÃO INEVITÁVEL. COM O IMPACTO A VÍTIMA FOI AO SOLO. FOI SOCORRIDO, SEGUNDO DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO ASSINADA PELO GERENTE DE INFORMAÇÃO E AVALIAÇÃO "SÉRGIO PARENTE COSTA", DE N°. 868,88,2019 E DIRECIONADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. GERANDO, SEGUNDO DECLARAÇÃO ASSINADA PELO DR. CARLOS R. P. RIHAN, CRM 18.463 O NÚMERO DE PRONTUÁRIO 1127999, FICANDO LÁ INTERNADO EM VIRTUDE DO LESÃO CLASSIFICADA COM O CID 18:S82 (FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO), OBRIGANDO-O A REALIZAR DUAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS. ANTE O EXPOSTO, VEN A ESTA DELEGACIA INFORMAR O FATO.

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

Tharcisio Flauberto da Silva Barros
THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Marcilio Gomes da Fonseca* - Matrícula: **205192-9**



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	050.09.2019
DATA	18.09.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. **FERNANDO CASTRO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **4631814** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **024.582.614-93**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-666843**, que no dia 13 de agosto de 2019, o paciente Sr. **THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS**, portador do Documento de Identidade nº **9783400106** MTE/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **122.518.174-76**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 15h40, na Rua Leandro Barreto, imediações entre o Supermercado e Posto Lá Roque, bairro Jardim São Paulo, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 18 de setembro de 2019.

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

Sergio Parente Costa

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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00289-5

CONTA: 000000026343-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1312201905000000000023700289000000026343236250 PAGO



compesa

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
NUM. - 00564 - TOTO RECIFE

ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO - PE 50791-480

DADOS DO CLIENTE
VERONICA MARIA DA SILVA MATRÍCULA: 56667814 Jul/2019
R TAUBATE, N. 00049 - CASA A - JARDIM SAO PAULO RECIFE PE 5092
INSCRIÇÃO: 342.532.330.0048.002 GRUPO: 8 DEB. AUTOMÁTICO: 056667814

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE BLOCOS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175814503	DATA LEIT. ANTERIOR 02/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 31/07/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL	

ÁGUA:
LEIT. ANT.: 84
LEIT. ATU.: 98
LEIT. FAT.: 98
CONSUMO: 14

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019	10
05/2019	10
04/2019	09
03/2019	10
02/2019	10
01/2019	11
MEDIA:	10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
TURBIDEZ	97	97	97
COR APARENTE	97	97	93
COLORO RESIDUAL	97	97	97
COLIF. TOTAIS	97	97	92
E. COLI	97	97	96

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	CONSUMO	TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	4 M3	18,96
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82
JUROS DE MORA 04/2019		0,32

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	61,26	1,65	0,99
ICMS		7,60	4,58

VENCIMENTO: 15/08/2019

MENSAGEM:

TOTAL A PAGAR: 61,40

IMPRESSO EM: 01/07/2019 11:19:05



CTC RECIFE PE PL1
FERNANDO CASTRO DA SILVA
RUA JANDIROBA 44
CAMPO GRANDE
52040-120 - RECIFE - PE



7213512620 25179 0000426629 30 251019