



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 TIBIA ESQUERDA. 2º CIRURGIA EM 19/08/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTE OSSÍNTESE DA FRATURA.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 4.11.2019

HORA: 08:30:43

PASTA: 01.11.2019

TB

RS

Tadeu Buril  
Dir. 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

CPF: RG: 9234725

Cor: 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 Conjugue:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

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

Identificação de Trabalho: Sim  Não

**2 - ATENDIMENTO DATA: 13/08/2019 HORA: 16:35 h Médico:**

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de trânsito procedente de moto há 2 horas. Trauma em M.D.

**História do Trauma**

Perda da Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:			
Colisão:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista <input type="checkbox"/>	Passageiro <input type="checkbox"/>
Atropelamento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:		Sofreu Queda:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura m
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:		Transporte Realizado por:	
Condições de imobilização adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			Por que:	

Observações:

Nega Alergias

**Exame Físico:**

Geral: Via aérea está patente. Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp. Cº

EEG, orientado, consciente, expressões imediatas AVP MSD

**: Respiratório**

Normal

C: Circulatório PA: 160 x 90 mmHg Pulso: 100 bpm

Normal

D: Exames Neurológico Deficiência motora MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas Isoconicas  Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular Escore: 11 Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: 5 Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: 6 Hora:
---	--	--



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**E: Abdômen**

Normal. Peças fechado, desprendido, equilíbrios, feridas abertas, sem sangramento, sem escoriações.

Diagnóstico Inicial:

**Pelotrauma.**

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

- (CD) 1) Parede do trauma  
2) Vista por Dr. Tercio, da ortopedia,

Exames Solicitados : 1 - Especializados

que indicam bloco.

Resultado de Exames:

**3) Rx fótons / palpações / No bloco cirúrgico**  
*Assinatura do enfermeiro responsável* **Aconselhado** Código Procedimento:  
do ortopédico

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo  
Código Procedimento

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

- Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadido

Condicão de Alta:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Melhorado |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Piorado   |
| <input type="checkbox"/> 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 existentes neste Hospital, as quais integralmente e autoriza 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 Até pedir: Paciente irá sair de hospital devido a sua lesão em ferme. (1)  
- Ao sair medicamentos: Fez da grise de ferme. (1)  
- medicamentos prescritos:  
- D-15 é expectativa para sair de ferme. (1)

2) SXT 5000 > (1)  
1) VMT 0,5 > (1)  
1) acetina 75 mg (1) p.m.  
1) 17:00

Dr. Tercio das Comunidades  
Medico

# 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:	SAÚDE MÚNICA
Atendimento:	SAME

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

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

Prioridade: **AMARELO**  
Cor: **AMARELO**  
Queixa Principal: HISTÓRIA DE COLISÃO 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 PÚBLICA  
Fluxograma-síntoma: QUEDAS  
Discriminador(es): FRATURA EXPOSTA?  
Especialidade: CIRURGIA GERAL  
Sinais Vitais Lidos:  
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
- REGUA DE DOR: 5  
- FREQUÊNCIA 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
  - CRÍANÇAS < 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: HIPOGlicemíA)
  - 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 PELA SEIBRA BOXA**

**NÃO SE APLICA**

#### **ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:**

SIM

#### APPENDIX A: ADDITIONAL INFORMATION

NAU

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/GOREN:**

Avenida General San Martín s/n – Cordoba  
Residencial PE – CEP 50.630-060

HGV-1028 V.1.2013

后文引宋东野《听松风歌》句。秦罗士《绿林子》

ReactivePE - CEP 50 530-060  
E-mail: [CEP50530@CETEM.BR](mailto:CEP50530@CETEM.BR)

Fonte: 000CEB-31B45600

卷之三

**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 ARISSOM (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 TIBIA ESQUERDA**

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em Hemicílio dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antisepsia;
- 3) Aposição de campos esteréis;
- 4) Realizado redução incruenta + Posicionamento de fixador externo linear em Tibia Esquerda sob radioscopia
- 5) Sutura de pele com Nylon;
- 6) Curativo estéril;
- 7) Observada boa Perfusion periférica ao fim do procedimento;

Arisson Ferreira Leite  
2º Tenente Médico  
CREMESP 24082  
IDT 070518177-7 MD/EB

50

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE  
Pernambuco

## 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 decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 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 caloclásia;
- 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 Câncio  
Médico  
CRM-PE: 27767*

THARCISO FLAUBERTO DA SILVA BARROS		01127900	702902528614
756635	MASCULINO	248 8m 170	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

### Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

#### Diagnóstico:

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA  
PACIENTE CLINICAMENTE ESTABIL. REFERE MELHORIA 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 + OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS (DR ARTHUR)

#### OBS:

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

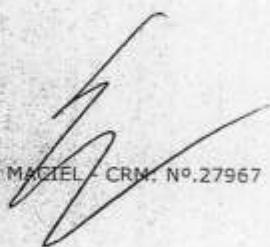
#### Condições Clínicas (no momento da Alta)

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 DAS CIDADES**

DENATRAN

DETAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
VIA — CÓD. REINAVAM RNTAC.  
1 5 9 4 3 1 4 6 0 7 \* \* \* \* \* 2 0 1 9

NOME DE LIMA  
FLAVIO ALAN NUNES DE LIMA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT  
PE Nº 014803561660 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
FLAVIO 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

<b>CONTRAN</b>		<b>DENATRAN</b>	
<p><b>Nº 014803561660</b></p> <p><b>DETAN - PE</b> <b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO</b></p> <p>VIA — CÓD. REINAVAM RNTAC. 1 5 9 4 3 1 4 6 0 7 * * * * * 2 0 1 9</p> <p><b>NOME DE LIMA</b> FLAVIO ALAN NUNES DE LIMA</p> <p><b>OLINDA - PE</b></p> <p>CPF/CNPJ 112.273.634-55 PLACA EG06533</p> <p>PLACA ANT / UF * * * * * / PEZ</p> <p>ESPECIE TIPO CLASSE</p> <p>DATA PLACARTE / 14 MARCA / MODELO HONDA / CG150 FAN</p> <p>CATEGORIA EDUT ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014 COR PREDOMINANTE PRETA</p> <p>CAP / PTO / OIL 2P / 149C/L VENC. COTA UNICA 1º * * * * * 2º * * * * * 3º * * * * *</p> <p>IPVA 2019 QUARTADO PARCELAMENTO COTAS 1º 0,42 2º 0,42 3º 0,32</p> <p>PREMIO TOTAL (R\$) 0,945,60 DATA DE PAGAMENTO 03/02/19</p> <p>PREMIO TANQUILHO (R\$) 0,11 DATA DE PAGAMENTO 03/02/19</p> <p>SEM RESERVA</p> <p>OLINDA Rob<sup>ro</sup> 03/04/19 DATA</p> <p>OLINDA Rob<sup>ro</sup> 03/04/19 DATA</p> <p>ROBERTO Carlos Noronha Freitas</p> <p>DIRTÓRIO PRES</p>			
<p><b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b></p> <p><b>PE Nº 014803561660</b></p> <p><b>FLAVIO ALAN NUNES DE LIMA</b></p> <p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b></p> <p><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p> <p><b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b></p> <p><b>CLÍSTICO DO SEGURO (R\$)</b></p> <p><b>DEBITANTE (R\$)</b></p> <p><b>40,06</b></p> <p><b>(R\$ 0,05)</b></p> <p><b>4,01</b></p> <p><b>64,58</b></p> <p><b>10,00</b></p> <p><b>0,32</b></p> <p><b>DATA DE PAGAMENTO</b></p> <p><b>03/02/19</b></p> <p><b>DATA DE OUTAÇAO</b></p> <p><b>08/02/19</b></p> <p><b>DATA DE PAGAMENTO</b></p> <p><b>03/02/19</b></p> <p><b>DATA DE OUTAÇAO</b></p> <p><b>08/02/19</b></p> <p><b>X COTA UNICA</b></p> <p><b>0,945,60</b></p> <p><b>DATA DE PAGAMENTO</b></p> <p><b>03/02/19</b></p> <p><b>DATA DE OUTAÇAO</b></p> <p><b>08/02/19</b></p> <p><b>PRÉMIO TANQUILHO (R\$)</b></p> <p><b>0,11</b></p> <p><b>DATA DE PAGAMENTO</b></p> <p><b>03/02/19</b></p> <p><b>DATA DE OUTAÇAO</b></p> <p><b>08/02/19</b></p> <p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p><b>CHAVE 0024060000000104</b></p> <p><b>DESTAQUE E GUARDE O SÍMBOLO DPVAT</b></p> <p><b>SHE NÃO É DA FORTE OBRIGATÓRIO.</b></p>			

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

<b>IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA</b>	
Vitima:	<b>Marciano Lambertto da Gama Barros</b>
Data do Acidente:	13/08/19
CPF da vítima:	31.310.191-00
Portador da documentação:	
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vitima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:	
Número:	Complemento:
Cidade:	Bairro:
UF:	CEP:
E-mail:	Telefone: ( )
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> Laudo do IML (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)	
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> CPF do representante legal , se houver (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível) <b>obs:</b> Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai/a ou tutor)	

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	
VALORES DE INDENIZAÇÕES:	Morte = R\$ 13.500,00 Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00 Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)
<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível) <b>obs:</b> Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)	
<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA</b>	
Data:	<b>26/11/15</b>
Identidade:	<b>Carolina</b>
Assinatura:	<b>Carolina</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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

Valorização 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Tharcísio Fláuberto da Silva B. brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: ASG, portador(a) do RG 9.234.725, orgão expedidor SSP-PE  
e do CPF 122.518.171-76 residente no(a) Rua Taubate n° 49  
nº 49 bairro: Jardim São Bento município: RECIFE - PE / PE

### OUTORGADO:

Nome: FERNANDO CASTRO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
Profissão: AUTONOME, portador(a) do RG 4.631.814, orgão expedidor SSP-PE  
e do CPF 024.582.654-93 residente no(a) rua Jardim Ta  
nº 49 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 Fláuberto da Silva Barros

Local e Data: RECIFE, 13 DE SETEMBRO DE 2019

*Cantão de Tejipió*

Tharcísio Fláuberto da Silva Barros

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO 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  
THARCÍSIO FLÁUBERTO 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



Print: R\$ 3,20 TMR: R\$ 6,00 FERC: R\$ 0,48 FERRE: R\$ 0,00 ISCRF: R\$ 0,00

Consulte autenticidade em: [www.tpe.jus.br/authdigital](http://www.tpe.jus.br/authdigital)

*Opelmo*

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428852/19

**Vítima:** THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

**CPF:** 122.518.174-76

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/08/2019

**Titular do CPF:** THARCISIO FLAUBERTO DA SILVA BARROS

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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:  
 2251817446 Tharciso Filiberto 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: Tharciso Filiberto da Silva Barros	6 - CPF: 2251817446		
7 - Profissão: Recluso	8 - Endereço: Rua Iauá Recife Ceará Ceará	9 - Número: 49	10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: Jardim São Paulo	12 - Cidade: Recife	13 - Estado: PE	14 - CEP: 50791-480
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  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)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco

AGÊNCIA:  0229 6 CONTA:  0026343 5  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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.

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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val/nascor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
víma 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

*x Tharciso Filiberto 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/4ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0102003309**



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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia **13/8/2019** às **15:40**

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:**

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

**VEICULO:** (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** Mae: **VERONICA MARIA DA SILVA** Pai: **JOSE FLAUBERTO BUREGIO DE BARROS** Data de Nascimento: **0/12/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8783466106/MTE/PE (RG), 12251817476 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 887133887**

Endereço Residencial: **RUA TAUBATE, 49, CASA-A - CEP: 55888-000 - 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 (VEICULO)** 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: **PG08533** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9G2KC1688ER48285**

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

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/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°. 058,88,2019 E DIRECIONADO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. GERANDO, SEGUNDO DECLARAÇÃO ASSINADA PELO DR. CARLOS R. P. RIHAN, CRM 15.463 O NÚMERO DE PRONTUÁRIO 1127888, FICANDO LÁ INTERNADO EM VIRTUDE DO LESÃO CLASSIFICADA COM O CID 10:SE2 (FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNozelo), OBRIGANDO-O A REALIZAR DUAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS. ANTE O EXPOSTO, VEM 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: 202192-0

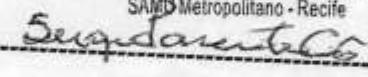


### DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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



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

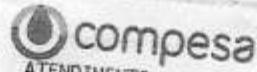
AGÊNCIA: 00289-5

CONTA: 00000026343-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO13122019050000000002370028900000026343236250 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2  
PE 50791-480

ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO - NUM. - 00564 - TOTO RECIFE

DADOS DO CLIENTE  
VERONICA MARIA DA SILVA  
R TAUBATE, N. 00049 - CASA A - JARDIM SAO PAULO RECIFE PE 5092  
0-180  
INSCRIÇÃO: 342.532.330.0048.002 GRUPO: 8 DEB. AUTOMATICO: 056667814

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

ÁGUA:  
LEIT ANT: 84 CONSUMO: 14  
LEIT ATU: 96  
LEIT FAT: 98

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERÊNCIA CONSUMO

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

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG.	PORT.	ANALISES	ATENDEM.
TURBIDEZ	IHS 2.914/11		REALIZ.	A LEGIS
COR APARENTE	97	97	97	97
CLORO RESIDUAL	97	97	97	97
COLIF. TOTAIS E. COLI	97	97	97	96

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

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

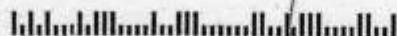
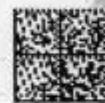
AGUA	CONSUMO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	4 M3	18,96
MULTA P/ IMPONTUALIDADE 06/2019		0,82
JUROS DE MORA 04/2019		0,32

TRIBUTOS:	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
PIS/COFINS	R\$ 57,76	1,65 7,60	0,99 4,58

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 61,40

MENSAGEM:



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



7213512820 25179 00004266629 30 251019

