

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190618606 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THIAGO PABLO DE SANTANA **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO E CALCÂNEO DIREITO.(P.3)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DA ÉPOCA DO ACIDENTE (05/06/2017) DESCRREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS, E PELO TEMPO TRANSCRITO DO ACIDENTE (05/06/2017) E A DATA DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA (01/08/2019) E SEM TRATAMENTO NESTE PERÍODO, NÃO FICA ESTABELECIDADA RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190618606 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THIAGO PABLO DE SANTANA **Data do acidente:** 05/06/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 11/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO E CALCÂNEO DIREITO.(P.3)

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DA ÉPOCA DO ACIDENTE (05/06/2017) DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO, PORÉM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MÉDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS, E PELO TEMPO TRANSCRITO DO ACIDENTE (05/06/2017) E A DATA DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR APRESENTADA (01/08/2019) E SEM TRATAMENTO NESTE PERÍODO, NÃO FICA ESTABELECIDADA RELAÇÃO NEXO CAUSAL COM O ACIDENTE.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

---

**Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190618606**

**Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA**

**Data do Acidente: 05/06/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA**

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

**Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA**

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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190618606                      Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA

Data do Acidente: 05/06/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA

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

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618606

Vítima: THIAGO PABLO DE SANTANA

Data do Acidente: 05/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO PABLO DE SANTANA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 05/06/2017, emitido pelo Dr. ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM nº 24524 - PE, da Instituição HOSPITAL ESPINHEIRO, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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:

033.060.654-98

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO PABLO DE SANTANA

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

5 - Nome completo:

THIAGO PABLO DE SANTANA

6 - CPF:

033.060.654-98

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

R. AMADOR BUENO

9 - Número:

467

10 - Complemento:

KM 3,5

11 - Bairro:

TABATINGA

12 - Cidade:

CAMARAOIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.756.274

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 99259-0049

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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).

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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

31 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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:

AGÊNCIA: 0046

CONTA: 31328

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (al nascido)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8016 6353 8993

THIAGO PABLO DE SANTANA  
0046 013 00031328-1

e!c



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP3ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127007384**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019 às 17:24**

Complementa o BO Número: **19E0127007382**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/6/2017 às 08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVÓ E VOVÓ -**  
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
THIAGO PABLO DE SANTANA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO PABLO DE SANTANA

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

**THIAGO PABLO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE SANTANA Pai: NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 53000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

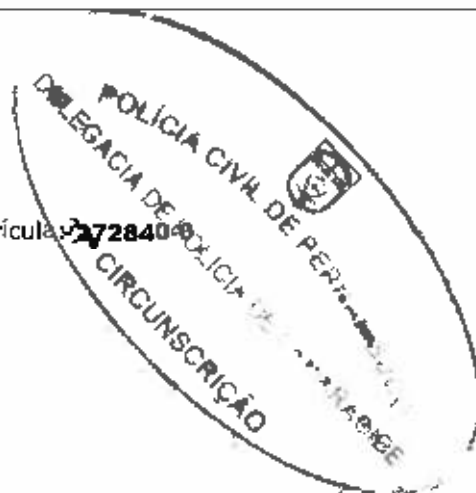
### Complemento / Observação

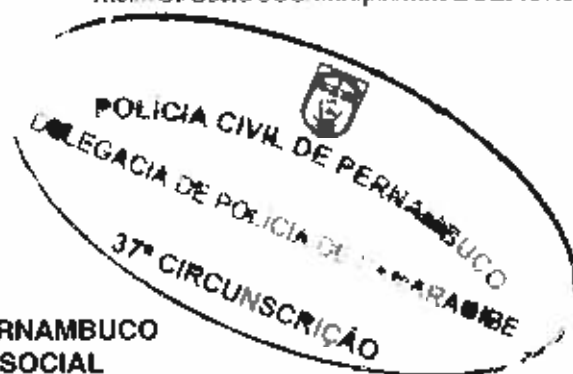
INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO\*, COM ESCORIAÇÕES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019. \*NA FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL NA ENTRADA EM 05/06/2017, FORA COLOCADO MENÇAO A JOELHO D. INFORMA A VITIMA QUE FORA UM ERRO DO HOSPITAL, POIS O PROBLEMA FOI NO JOELHO ESQUERDO.

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

  
**THIAGO PABLO DE SANTANA**  
(VITIMA)

  
B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **3272840**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127007382**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **17:09**

Complementa o BO Número: **19E0127007380**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **5/6/2017** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVÔ E VOVÔ -**  
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
THIAGO PABLO DE SANTANA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO PABLO DE SANTANA  
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

**THIAGO PABLO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE SANTANA Pai: NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

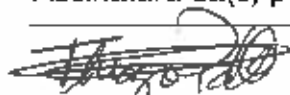
**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

#### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600839. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇÕES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019.

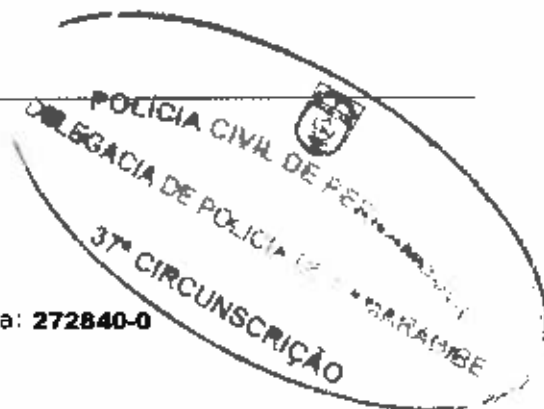
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

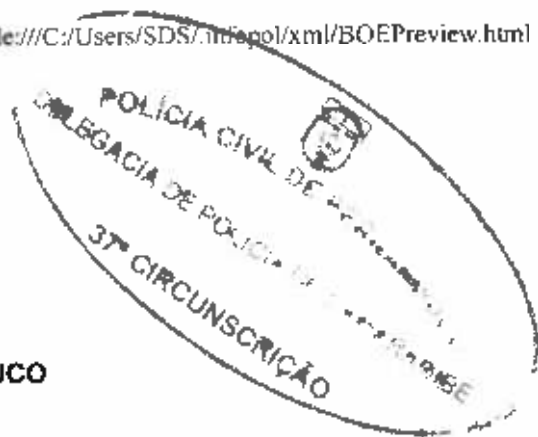


**THIAGO PABLO DE SANTANA**  
**(VITIMA)**



B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007380**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/10/2019** às **17:05**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/8/2017** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 02, PROXIMO AO HOTEL VOVÔ E VOVÓ -**  
Bairro: **ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
THIAGO FABIO DE SANTANA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO FABIO DE SANTANA**  
VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**THIAGO FABIO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DE SANTANA Pai: NAO DECLARADO** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE TABATINGA (BAIRRO), 461, RUA AMADOR BUENO - CEP: 55000-000 - Bairro: TABATINGA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO FABIO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHT0665 (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE)** Renavam: **158428048**  
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO FABIO DE SANTANA**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

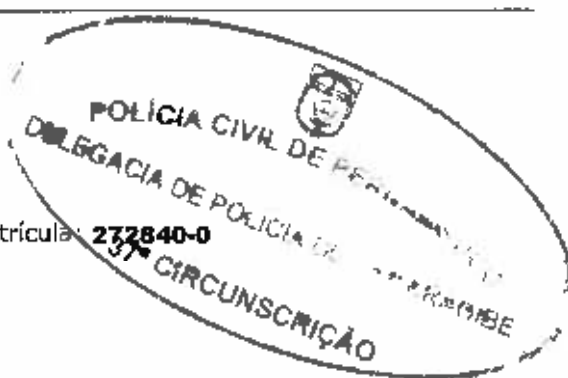
### Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇÕES E HEMATOMA. APOS CERCA DE DOIS ANOS, A VITIMA PASSOU A SENTIR DORES NO LOCAL, VOLTANDO AO UM ORTOPEDISTA, FOI PASSADO UMA RESSONANCIA, ONDE FOI CONSTATADO UMA ROTURA COMPLETA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR. A VITIMA FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO PARA RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR EM 01/08/2019.

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

  
**THIAGO FABIO DE SANTANA**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



# 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:

033.060.654-98

4 - Nome completo da vítima:

THIAGO PABLO DE SANTANA

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

5 - Nome completo:

THIAGO PABLO DE SANTANA

6 - CPF:

033.060.654-98

7 - Profissão:

RECURSA

8 - Endereço:

R. AMADOR BUENO

9 - Número:

467

10 - Complemento:

KM 3,5

11 - Bairro:

TABATINGA

12 - Cidade:

CAMARAOIBE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54.756.274

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(81) 99259-0049

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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).

30 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 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

31 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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:

AGÊNCIA: 0046

CONTA: 31328

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (al nascido)?

☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



6277 8016 6353 8993

THIAGO PABLO DE SANTANA  
0046 013 00031328-1

e!c

49-529-11



**clubede  
saude**  
ADMINISTRADORA

## CANAIS DE ATENDIMENTO

**CENTRAL DE SERVIÇOS**  
**4003-9881**  
Todo o Brasil

**SAC**  
**0800 887 8777**  
Todo o Brasil

SERVIÇOS ONLINE [clubedesaudeonline.com.br](http://clubedesaudeonline.com.br)

THIAGO PABLO DE SANTANA  
RUA AMADOR BUENO, 461 KM 3,5  
TABATINGA - CAMPAGIPE - PE  
54756-274  
C/C RECIFE PE 013

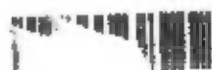
#1-800-769-0000  
#1-800-769-0000



**clubede  
saúde**  
ADMINISTRADORA



Clube de Saúde Adm. de Benefícios Ltda  
Cajobi Postal 6581  
CEP: 00318-970 | São Paulo | SP



☐ Mudou-se  
☐ Endereço insuficiente  
☐ Não existe o n° indicado  
☐ Desconhecido  
☐ Recusado

☐ Ausente  
☐ Faltado  
☐ Inf. escrita por terceiros  
Data: 12/05/2018

☐ Não procurado  
☐ Ausente  
☐ Falecido  
☐ Inf. escrita por terceiros

Entregador



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO  
Carteiras Soluções Financeiras  
Caixa Postal 80405  
Cep: 04301-979

- ☐ 01 - MODULO
- ☐ 02 - ENDEREÇO INCORRETO
- ☐ 03 - NÃO EXISTE N° ENDEREÇO
- ☐ 04 - FALTOU
- ☐ 05 - DESCONHECIDO
- ☐ 06 - RECUSADO

- ☐ 07 - AUSENTE
- ☐ 08 - NÃO PROCURADO
- ☐ 09 - OBJETO DANIFICADO
- ☐ 10 - END. DESCONHECIDO NA LOCALIDADE
- ☐ 11 - FALTA COMPLEMENTO COLETIVO
- ☐ 12 - CAIXA POSTAL CANCELADA

RECEBIDO AO  
DEPOSITO POSTAL EM  
ASSINATURA DO EMITENTE



CTC RECIFE PE PL1  
ANDREA SILVA  
RUA CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO 233 CASA  
VARZEA  
50970-230 RECIFE-PE

88963 - 0000004149  
DATA DE POSTAGEM: 27/09/2019



7210190783809831002477958830270819



O MELHOR NEGÓCIO DE SEMPRE  
AGORA COM PRAZO PARA PAGAR



O Cartão Atacadão cobra tarifa de anuidade. Consulte tabela vigente. O cumprimento de qualquer oferta está sujeito à regularidade e pontualidade do pagamento da fatura. Consulte cada vez com o Cartão Atacadão.

SAC Cartão Atacadão (cancelamento e reclamações): todos os dias, 7h às 19h. Telefones: 0800 704 0132 e 0800 705 0236 (exclusivo para clientes em débito e inadimplentes). 0800 704 0132, 0800 705 0236 (para clientes em débito e inadimplentes). 0800 704 0132, 0800 705 0236 (para clientes em débito e inadimplentes).

CEP: 04301-979  
Rua: ...  
Cidade: ...



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DQCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 043.922.754/261 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

THIAGO PABLO DE SANTANA inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.060.654/98

do sinistro de DPVAT cobertura DAMS / INV da Vítima THIAGO PABLO DE SANTANA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.060.654/98 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. CONEGO JOSE FERNANDES MACHADO</u>	Número: <u>233</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>VARZEA</u>	Cidade: <u>RECIFE</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>50.970-230</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: \_\_\_\_\_

Andrea M. Santana da Silva  
Assinatura do Declarante




*Faz bem pra você*

## **Laudo Médico**

Atesto para os devidos fins que o Sr. Thiago Pablo Santana, portador do R.G. 5813300, foi submetido a tratamento cirúrgico para reconstrução de ligamento cruzado anterior em joelho esquerdo na data de 01.08.19, em tratamento de reabilitação, impossibilitado de realizar suas atividades laborais por 90 dias

**CID-10 s835**

  
Luigi Paolo Mariz de Medeiros Araujo Freire  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE 22442  
TEOT 15424

16/08/2019

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/09/2019 12:46

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 24/04/1981	Atendimento: 13600939	Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/28	

Profissional(is): ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM 24524 [1]	Nº: 05366085	05/06/2017	às 13:59
--	--------------	------------	----------

ANAMNESE

Queixa Principal PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCAS HORAS, NEGA TRAUMA CRANIANO COM QUEIXA DE DOR EM CALCANHAR E JOELHO D [1]

Queixa Principal

CID10 M255 DOR ARTICULAR [1]

Queixas e Sintomas Gerais ESCORIAÇÃO EM JOELHO D E HEMATOMA EM CALCANEIO [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 M255 DOR ARTICULAR [1]



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RESSONANCIA MAGNETICA - HIL

NºPedido: 9877199

Data 04/02/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 6729204 THIAGO PABLO DE SANTANA

Nascimento...: 24/04/1981 Sexo: M RG.: 5813300 SSP PE CPF.: 03306065498

Endereco...: R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE PE 54756274 Tel.: 86203477

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81206016879005011

Solicitante: Dr(a) LUIGI PAOLO MARIS D

Queixa Principal:

D

Exame:

RM DE JOELHO (UNILATERAL)

!4IS4."

1738481711

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA: Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.

#### ANÁLISE:

Rotura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado.

Estiramento do ligamento colateral medial. Ligamento colateral lateral sem alterações.

Lesão vertical de espessura completa em corno posterior do menisco medial.

Foco de degeneração intrassubstancial em corno anterior do menisco lateral.

Discreta erosão em revestimento cartilaginoso do vértice patelar, com área de edema condral interessando a faceta lateral.

Leve edema da gordura de Hoffa.

Tendões do quadriceps, patelar, poplíteo, bíceps femoral e da pata de ganso sem particularidades.

Fossa poplíteia preservada.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.

CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE - CRM 9327-CE

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 5332



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

20/08/2019 14:22:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
8728204	THIAGO PABLO DE SANTANA	M	24/04/1981	38
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
5813300 SSP PE	3308065498		1-CASADO	
Endereço				
R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE-PE CEP:54756274				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
86203477		MARIA JOSE DE SANTANA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
01/08/2019	12:32		
Médico Atendente		Clínica	
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE		6-INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano: CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
81208016879005011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		Leito
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
17887104	99998888	D15547189	INTERNACAO
17887104	38733073	D15547189	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR #
			Material - 99832788 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO - QTDE: 1
			Material - 99887176 - LAMINA DE SHAVER - QTDE: 1
			Material - 99923077 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA - QTDE: 1
			Material - 99943761 - DRENO IRRIGOPLAS 4 VIAS - QTDE: 1
17887104	30731216	D15547173	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO
17887104	30733065	D15547180	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO
17887104	30733049	D15547251	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #
13880739	32040067	D22191383	JOELHO: A.P. - LATERAL



# FICHA DE ANESTESIA

Data 04/08/15

Hospital Esomheires

Paciente: **THIAGO RIBEIRO**  
CPF: **000.000.000-00**  
Idade: **36** Sexo: **M** Cor: **B**

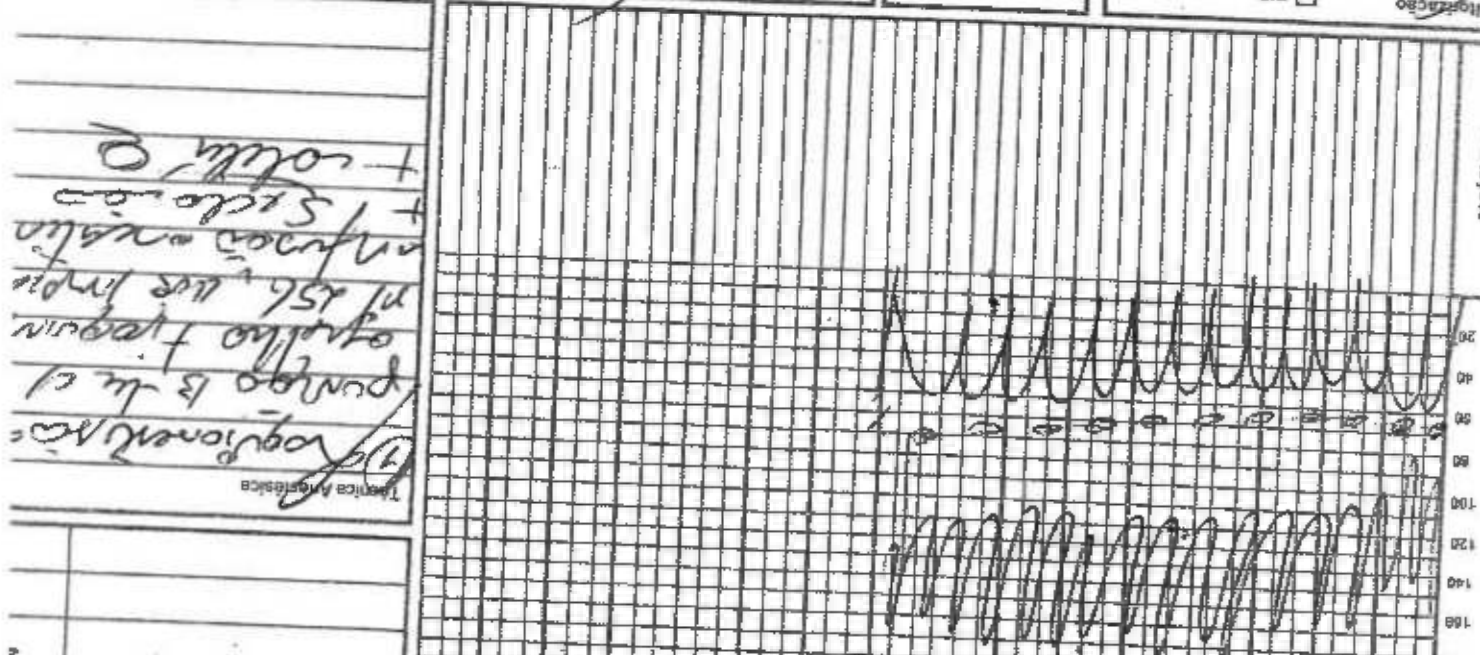
Urgência: ☒ SIM ☐ NÃO

Procedimento: **Reconstrução de LCA + Perceção de metilico +**  
**Sinovectomia total + reposição de moia de 1.º tendão**

Medicação Pré-anestésica: **200mg de Propofol, 10mg de Fentanyl, 10mg de Midazolam**

Medicação Usada: **1) No predo 1.0g, 2) Dimet 80mg, 3) Demolid 5mg, 4) Fentanyl 3mg, 5) Propofol 100mg, 6) Cloridina 2mg, 7) Diprivan 10mg, 8) Nouradon 8mg, 9) Utropina 10mg, 10) Omprazole 40mg**

Monitorização: **ECG, ETCO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, Líquidos, Risco**



Interconexões: ☒ SIM ☐ NÃO

Descrver: **Asseso crânio 1/Julho 2010 6g**

Observações: **Asseso crânio 1/Julho 2010 6g**

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Eduardo de Vasconcelos Viana**  
CPF: **000.000.000-00**  
Assinatura do Cirurgião: **Dr. Thiago Ribeiro**  
CPF: **000.000.000-00**

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 11

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 19538908

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is):

LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE, MEDICO, CRM 22442/11

Nº: 14343510

01/08/2019

às 18:55

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S835

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S835

[1]

ANESTESIA

Anestesia Geral Inalatório

RAQUI + SEDAÇÃO

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

01/08/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

18:40

[1]

Cirurgia

RECONSTRUÇÃO DE LCA + TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE UM  
TENDÃO + SINOVECTOMIA + OSTEOCONDROPLASTIA

[1]

Cirurgião

LUIGI PAOLO

[1]

Anestesiista

EDUARDO VASCONCELOS

[1]

Instrumentador

ROMENIA

[1]

Descrição Cirúrgica

- 1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO DO MID + ASSEPSIA +  
ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS
- 3- INCISAO ANTERIOR EM TOPOGRAFIA DOS FLEXORES PARA  
RETIRADA DE ENXERTO DO GRACIL E SEMITENDINEO
- 4- REALIZADO PORTAIS ARTROSCOPICOS
- 5- VISUALIZADA EXTENSÃO LESÃO MENISCAL EM MENISCO  
MEDIAL, EM ALÇA DE BALDE
- 6- REALIZADO REPARO MENISCAL
- 7- VISUALIZADA LESÃO COMPLETA DO LCA
- 8- RETIRADO RESTOS DO LIGAMENTO, CONFECCIONADO TUNÉIS  
FEMORAL E TIBIAL COM GUIAS APROPRIADOS
- 9- PASSADO ENXERTO DO NOVO LIGAMENTO PELOS TUNÉIS DE  
FEMORAL E TIBIAL
- 10- FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS METALICOS DE INTERFERENCIA
- 11- SUTURA + CURATIVO

[1]

Dr. Luigi Paolo Freire  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 22442/11



Paciente: THIAGO PABLO DE SANTAM  
Convênio: HAPVIDA  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc. 24/04/1981  
Nº Prescrição: 10669368  
Leito: 300541/4

01/08/2019 às 16:42

Atendimento: 18536906  
Prontuário: 6729204  
Peso: 90.00 kg

Emissão: 01/08/20

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE			3/3h	ORAL						
2. KEFAZOL (1.00g (D1/1))	Água Destilada	1g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 1GR)	8/8h	EV				CRM-2
3. CLEXANE (40.00mg/ml) Alta vigilância		40mg	0.4 ML	(SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	22	06		CRM-2
4. TRAMAL (50.00mg/ml) Alta vigilância	Soro Fisiológico	100mg	2 ML 100 ml	(AMPL C/ 100MG)	8/8h	EV	22	06	AS 06:00H	CRM-2
5. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico	100mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	22	06		CRM-2
6. OMEPRAZOL (40.00mg)	Água Destilada	40mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	24			CRM-2
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 10MG)	8/8h	EV	06			CRM-2
8. DAPIRONA (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2 ML 18 ml	(AMPL C/ 500MG)	8/8h	EV	22			CRM-2
9. CURATIVO GRANDE							24	06		CRM-2
10. SINAIS VITAS										CRM-224
11. BANHO NO LEITO										CRM-224
12. JELCO SALINIZADO										CRM-224
Profissionais: CRM-2244 2										CRM-224
LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIR										

Dr. Luigi Paolo Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Clínica do Jovem  
CRM-PE: 21.142.001

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

DT. Nasc.: 24/04/1981  
Nº Prescrição: 0010669356  
Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906  
01/08/2019 às 16:42  
Peso: 90.00 kg

Emissão: 01/08/2019 23:00

Prontuário: 6729204

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. KEFAZOL (1.00g)  
(D1/I1)

Agua Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)  
18ml

8/8h

dieta livre

EV

22:00

; 02/08-06:00

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg

0,4 ML (SERI C/ 40MG)

24/24h

SC

SN

Alta vigilância

AS 06:00H

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico

100mg

2 ML (AMPL C/  
100MG)

8/8h

EV

22:00

; 02/08-06:00

Alta vigilância

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)  
100ml

12/12h

EV

20:00

;

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40 mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG)  
18ml

24/24h

EV

06:00

;

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10 mg

2 ML (AMPL C/ 10MG)  
18ml

8/8h

EV

22:00

; 02/08-06:00

8. DAPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2 ML (AMPL C/  
500MG)

6/6h

EV

18:00

; 02/08-06:00

; 02/08-06:00

9. CURATIVO GRANDE

10. SINAIS VITAIS

11. BANHO NO LEITO

12. JELCO SALINIZADO

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.  
— Indica item checado.

Márcia Oliveira  
Enfermeira  
C.R.O. 5.200.000

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 24/04/1981  
Nº Prescrição: 0010689358  
Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906  
01/08/2019 às 18:42  
Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão: 01/08/2019 18:41

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVITA

DT. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

01/08/2019 17:3

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE

Leito: LPA-02/1

Profissional(is): WYLLIANE CARNEIRO DA SILVA - TERAPEUTA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN

Nº: 14343846 01/08/2019 às 17:31

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora

Descrição

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

Hora

[1]

Hora

15:07

Descrição

[1]

PCT ADMITIDO NO SETOR EM EGR: CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, NORMOTENSO, DIETA ZERO, SEM AVP, RESTRITO AO LEITO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+).

[1]

Hora

HD: JOELHO ESQUERDO

Hora

18

Descrição

[1]

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

PCT SEGUE AOS CUIDADOS DO BC

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[1]

OK  
17/351  
Wylliane

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536006

Prontuário: 6729204

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): SANDRA CRISTINA FERREIRA DE ENFERMAGEM COREN-PR 14348018 02/08/2019 às 03:21

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHA

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

Hora

20:00 PCTE RETORNA DO  
BC, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO  
MEDICADO CPM, SEGUE EM OBS.

[1]

Hora

22:00 PCTE MEDICADO CPM,

[1]

Hora

00:00 PCTE MEDICADO CPM, AFERIDO SSVV, DADO OS CCGG.

[1]

Hora

06:00 PCTE MEDICADO CPM, AFERIDO SSVV SEGUE AOS CCGG.

[1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

20:00 - MC PH;

Maria Eduarda Venâncio  
COREN-PR 14348018-093-TE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 15:33

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

DT. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is): **BRENDANER DE MORAIS SANTOS** (CPF: 03161211) Nº: 14342372 01/08/2019 às 15:28

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

PCT EGR CONSCIENTE ACIANOTICO ORIENTADO EUPNEICO  
AFEBRIL ANICTERICO AVP SEM SINAIS FLOGISTICOS TORAX  
SIMETRICO ABDOMEM PLANO ELIMINAÇÃO FISIOLÓGICAS  
PRESENTES

[1]

## ALERGIAS

ALERGIAS

NEGA

[1]

## AValiação DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

## AValiação DE RISCO

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO.

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Dr.º Brendo de M. Santos  
Enfermeiro  
CORRENTE 431610

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 8729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(a): MAIRA RODRIGUES COREN 253221

Nº: 14347188 01/08/2019 às 23:27

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD = POI RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO ESQUERDO

[1]

Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, afebril ao toque, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pervio sem sinais flogísticos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor a palpação, RH +. Curativo oclusivo externamente limpo. Eliminações fisiológicas: diurese (+) Evacuação (-) até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

## AValiação de Risco

Fiebre

Sim

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Maira Rodrigues  
Enfermeira  
COREN 253221

<b>Paciente:</b> THIAGO PABLO DE SANTANA		<b>Dt. Nasc.</b> 24/04/1981		<b>Atendimento:</b> 18536906	
<b>Convênio:</b> HAPVIDA		<b>Nº Prescrição:</b> 10671085		<b>02/08/2019 às 07:55</b>	
<b>Posto:</b> POSTO 2 1ANDAR - HE		<b>Leito:</b> 111-P2/2		<b>Prontuário:</b> 6729204	
				<b>Peso:</b> 90.00 kg	
<b>1. DIETA:</b> GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE		33h ORAL		dieta livre CRM-23935	
<b>2. KEFAZOL (1.00g)</b>	1g	1 FRAP (FRAP C/ 1GR)	88h	EV	CRM-23935
Agua Destilada		18 ml			
<b>3. CLEXANE (40.00mg/ml)</b>	40mg	0.4 ML (SERI C/ 40MG)	24/24h	SC	CRM-23935
Alta vigilância				SN	AS 06:00H
<b>4. TRAMAL (50.00mg/ml)</b>	100mg	2 ML (AMPL C/ 100MG)	88h	EV	CRM-23935
Soro Fisiologico		100 ml			
Alta vigilância					
<b>5. PROFENID IV (100.00mg)</b>	100mg	1 FRAP (FRAP C/ 100MG)	12/12h	EV	CRM-23935
Soro Fisiologico		100 ml			
<b>6. OMEPRAZOL (40.00mg)</b>	40mg	1 FRAP (FRAP C/ 40MG)	24/24h	EV	CRM-23935
Agua Destilada		18 ml			
<b>7. PLAMET (5.00mg/ml)</b>	10mg	2 ML (AMPL C/ 10MG)	88h	EV	CRM-23935
Agua Destilada		18 ml			
<b>8. DIPIRONA (500.00mg/ml)</b>	1000mg	2 ML (AMPL C/ 500MG)	6/6h	EV	CRM-23935
Agua Destilada		18 ml			
<b>9. CURATIVO GRANDE</b> CRM-23935					
<b>10. SINAIS VITAIS</b> CRM-23935					
<b>11. BANHO NO LEITO</b> CRM-23935					
<b>12. JELCO SALINIZADO</b> CRM-23935					
<b>Profissionais:</b> CRM-23935					
<b>THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO</b>					

**Dr. Thiago de Paula Barbosa Coutinho**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 23.935



# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Dt. Nasc.: 24/04/1981  
Nº Prescrição: 0010671085  
Leito: 111-P2/2

Atendimento: 18536906  
02/08/2019 às 07:55  
Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão 02/08/2019 08:50

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIOS

3/3h ORAL

dieta livre

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)  
18 ml

8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 03/08-06:00 ;

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg

0,4 ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC

SN 08:29 ;

Alta vigilância

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico

100 mg

2 ML (AMPL C/ 100MG) 8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 03/08-06:00 ;

Alta vigilância

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico

100 mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

08:00 ; 20:00 ;

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40 mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

06:00 ;

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10 mg

2 ML (AMPL C/ 10MG) 8/8h EV

14:00 ; 22:00 ; 03/08-06:00 ;

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg

2 ML (AMPL C/ 500MG) 6/6h EV

18:00 ; 03/08-00:00 ; 03/08-06:00 ;

9. URATIVO GRANDE

10. NAIS VITAIS

11. NHO NO LEITO

12. CO SALINIZADO

13. NCAO C/ JELCO

12/12h

10:00 ;

12:00 ;

10:00 ; 22:00 ;

Moua Oliveira  
Enfermeira  
C.R.N. 5.306.3

RP1831

JANAINA SOUSA DA SILVA

02/08/2019 08:50

IP: 10.1.92.200

# RECUPERAÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convenio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Reservado para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Nº Prescrição: 0010671085

Leito: 111-P2/2

Atendimento: 18536906

02/08/2019 às 07:55

Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 d

02/08/2019 13:

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536908

Prontuário: 8729204

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): RAFAELA MARIA AGUIAR DO NASCIMENTO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,  
COREN/834.822 (1)

Nº: 14348389 02/08/2019 às 07:09

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHA

Hora

07:00

Hora

[1]

Descrição

Recebe plantao com Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, afebril, com Dieta via oral com boa aceitação, Segue sob os cuidados de enfermagem.

[1]

Hora

Pct medicado conforme prescrição medica+ssvv

[1]

Hora

14:00

[1]

Hora

Descrição

Pct medicado conforme prescrição medica

[1]

Hora

15:00

[1]

Hora

Descrição

Pct recebe alta para sua residência com orientação medica.

[1]

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

08:00 - HCPM;

Maria Eduarda de  
Vendânio  
COREN-PE 11.59.093-TE

Rafaela Aguiar  
com 834.822

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 10:16

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	DT. Nasc.: 24/04/1981	Atendimento: 18536906	Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 111-P2/2	
Profissional(is): JANAÍNA SOUSA DE SILVA - ENFERMEIRA - COREN 14350274	Nº: 14350274	02/08/2019	às 10:15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM		
Evolution da Enfermagem	PACIENTE COM HD = 1º DPO RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO ESQUERDO evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pérvio sem sinais flogísticos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor a palpação, RM +, renovo Curativo Eliminações fisiológicas: diurese [ + ] Evacuação [ - ] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.	[1]
AVALIAÇÃO DE RISCO		
Flebite	Sim	[1]
Infecção Sítio Cirúrgico	Sim	[1]
DISPOSITIVOS		
Acesso Venoso Periférico	Sim	[1]

15:00 - Alta Hospitalar.

Mary Oliveira  
Enfermeira  
COREN 50.76912

Unidade Cirurgia do Sistema Digestivo  
Cirurgia 10.522 - ENF

# ADMISSÃO POSTO-CLÍNICO CIRÚRGICO

Página 1 de 1

01/08/2019 16:4

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is):

DR. PAULO WARRIS DE MEDEIROS FREIRE MD. CRM 22442/PR

Nº: 14343388

01/08/2019

às 16:45

## ANAMNESE

### MOTIVO

Motivo Da Admissão Na Unidade

RECONSTRUÇÃO DE LCA - SEM INTERCORRENCIAS

[1]

CID10

S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO  
CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO

[1]

Dr. Paulo Warris de Medeiros Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM: 22442/PR

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 13:3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA Dt. Nasc.: 24/04/1981 Atendimento: 18536906 Prontuário: 6729204  
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE Leito: 111-P2/2

Profissional(is): LUCIANA MARIA DE MENEZES REIS MEDICO CRM 224211 Nº: 14352874 02/08/2019 às 13:32

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL  
SEM INTERCORRENCIAS  
PANTURRILHAS LIVRES  
FO LIMPA E SECA  
CD: ALTA

[1]

Cid10

S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO  
CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO

[1]

Dr. Thiago Pablo de Santana  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho

HOSPITAL CASA FORTE  
RUA EDSON ALVARES, 370. CASA FORTE.  
52061-141. RECIFE-PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente THIAGO PABLO DE SANTANA esteve afastada de suas atividades diárias, em vista de internação neste nosocomio de tratamento realizado do dia 01/08/19 até o dia 02/08/19, ficando afastada por mais quinze dias após a alta, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

CID: S835

Recife, 02/08/19

Dr. Thiago Paulo de Santana  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE: 22512-2

**Paciente...: 6729204 THIAGO PABLO DE SANTANA**

Nascimento.: 24/04/1981 Sexo: M RG.: 5813300 SSP PE CPF.: 03306065498

Endereco...: R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE PE 54756274 Tel.: 86203477

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81206016879005011

**Solicitante: Dr(a) LUIGI PAOLO MARIS D****Queixa Principal:**

D

**Exame:**

RM DE JOELHO (UNILATERAL)

**!4IS4."**

1738481711

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO****TÉCNICA:** Foram realizadas sequências multiplanares nas ponderações T1, T2 e DP com e sem saturação de gordura, sem contraste endovenoso.**ANÁLISE:**

Rotura completa do ligamento cruzado anterior. Acotovelamento do ligamento cruzado posterior, com sinal preservado.

Estiramento do ligamento colateral medial. Ligamento colateral lateral sem alterações.

Lesão vertical de espessura completa em corno posterior do menisco medial.

Foco de degeneração intrassubstancial em corno anterior do menisco lateral.

Discreta erosão em revestimento cartilaginoso do vértice patelar, com área de edema condral interessando a faceta lateral.

Leve edema da gordura de Hoffa.

Tendões do quadríceps, patelar, poplíteo, bíceps femoral e da pata de ganso sem particularidades.

Fossa poplíteia preservada.

Estruturas musculares tróficas e com sinal habitual.



CARLOS EDUARDO BARBOSA PONTE - CRM 9327-CE

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 5332






*Faz bem pra você*

## **Laudo Médico**

Atesto para os devidos fins que o Sr. Thiago Pablo Santana, portador do R.G. 5813300, foi submetido a tratamento cirúrgico para reconstrução de ligamento cruzado anterior em joelho esquerdo na data de 01.08.19, em tratamento de reabilitação, impossibilitado de realizar suas atividades laborais por 90 dias

CID-10 s835

  
Luigi Paolo Mariz de Medeiros Araujo Freire  
Ortopedia/Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PE 22442  
TEOT 15424

16/08/2019

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/09/2019 12:46

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 13600939

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA - HE

Leito: 300212/28

Profissional(is): ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM 24524 [1]

Nº: 05366085 05/06/2017 às 13:59

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO HA POUCAS HORAS, NEGA TRAUMA CRANIANO COM QUEIXA DE DOR EM CALCANHAR E JOELHO D.

[1]

Queixa Principal

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]

Queixas e Sintomas Gerais

ESCORIAÇÃO EM JOELHO D E HEMATOMA EM CALCANEIO.

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

M255 DOR ARTICULAR

[1]



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

20/08/2019 14:22:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
6729204	THIAGO PABLO DE SANTANA	M	24/04/1981	38
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
5813300 SSP PE	3306065498		1-CASADO	
Endereço				
R AMADOR BUENO 461 TABATINGA CAMARAGIBE-PE CEP:54756274				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
86203477		MARIA JOSE DE SANTANA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
01/08/2019	12:32		
Médico Atendente		Clínica	
3558800 LUGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
3558800 LUGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE		0 INTERNACAO	
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano- CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA	
3002-HAPVIDA	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	
81206016879005011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
17887104	99996666	D15547169	INTERNACAO
17887104	30733073	D15547169	RECONSTRUCAO, RETENCIONAMENTO OU REFORCO DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR OU POSTERIOR #
			Material - 99832788 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO - QTDE: 1
			Material - 99887176 - LAMINA DE SHAVER - QTDE: 1
			Material - 99923077 - PARAFUSO DE INTERFERENCIA - QTDE: 1
			Material - 99943761 - DRENO IRRIGOPLAS 4 VIAS - QTDE: 1
17887104	30731216	D15547173	TRANSPOSICAO DE MAIS DE 1 TENDAO - TRATAMENTO CIRURGICO
17887104	30733085	D15547180	REPARO OU SUTURA DE UM MENISCO
17887104	30733049	D15547251	OSTEOCONDROPLASTIA - ESTABILIZACAO, RESSECCAO E/OU PLASTIA #
13880739	32040067	D22191363	JOELHO: A.P. - LATERAL



# FICHA DE ANESTESIA

Data 04/08/19

Hospital Espinheiros

Acor E

Paciente THAPAGO Pablo de SANTANA.

Sexo M Cor B Idade 38

CRM 20681 Nome do Anestesiata

Eduardo de Vasconcelos

Nome do Cirurgião

Luigi Paolo

Medicação Pré-anestésica

-x-

Urgência ☒ NÃO ☐

Cirurgia

Reconstrução de LCA + Reparo de menisco + Sinovectomia total + transposição de moia de 1 tendão.

Horário 6:40h. 17:40h. 18:20h.

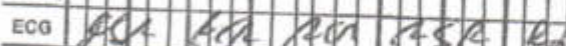
O<sub>2</sub>  No

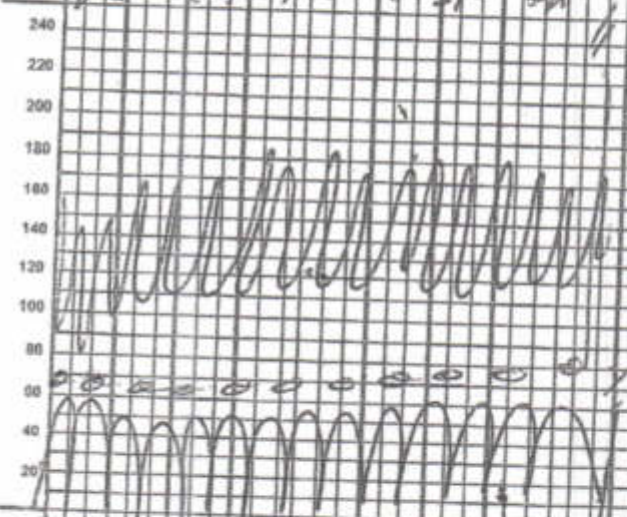
Líquidos

API 1000ml  
FV 1000ml

SaO<sub>2</sub> 98% 98% 98% 98% 98%

ETCO<sub>2</sub> 38mmHg 38mmHg 38mmHg 38mmHg 38mmHg

ECG 



Anestésico

Drogas Usadas	Qtd
1) Neo percola	1.
2) Dimo et	80
3) Doemonid Sr	
4) Fentoniol 30	
5) Dexmedetomidina	1
6) Cloridina 2	
7) Diprinas 2	
8) Nauseclon B.	
9) Lidopropo 100	
10) Omneprorel 40	

Técnica Anestésica

Proximidade da punção B. 14 cl  
após 15 min  
156, 156, 156  
infusão de oxiteno  
+ Sclerose  
+ colita

Monitorização

- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonolento
- ☐ Intubado
- ☒ Destino
- ☐ SRPA
- ☐ Apart/Ent.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

1560 anos 1/10/19 n° 106 am  
1560

Dr. Eduardo de Vasconcelos Viana  
MÉDICO ANESTESIOLOGISTA  
CPF: 024.705.834-00  
CRM: 20681-200: 223104

Assinatura do Anestesiata

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 11

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is): **LUIGI PAOLO MARI DE MEDEIROS FREIRE MEDICO CRM 22442/11** Nº: 14343510 01/08/2019 às 16:55

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Clínico

S835

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S835

[1]

**ANESTESIA**

Anestesia Geral Inalatório

RAQUI + SEDAÇÃO

[1]

**DADOS DA CIRURGIA**

Data Da Cirurgia

01/08/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

16:40

[1]

Cirurgia

RECONSTRUÇÃO DE LCA + TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE UM  
TENDÃO + SINOVECTOMIA + OSTEOCONDROPLASTIA

[1]

Cirurgião

LUIGI PAOLO

[1]

Anestesista

EDUARDO VASCONCELOS

[1]

Instrumentador

ROMENIA

[1]

Descrição Cirúrgica

1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA  
2- ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO DO MID + ASSEPSIA +  
ANTISSEPSE + CAMPOS ESTEREIS  
3- INCISAO ANTERIOR EM TOPOGRAFIA DOS FLEXORES PARA  
RETIRADA DE ENXERTO DO GRACIL E SEMITENDINEO  
4- REALIZADO PORTAIS ARTROSCOPICOS  
5- VISUALIZADA EXTENSÃO LESÃO MENISCAL EM MENISCO  
MEDIAL, EM ALÇA DE BALDE  
6- REALIZADO REPARO MENISCAL  
7- VISUALIZADA LESÃO COMPLETA DO LCA  
8- RETIRADO RESTOS DO LIGAMENTO, CONFECCIONADO TUNEIS  
FEMORAL E TIBIAL COM GUIAS APROPRIADOS  
9- PASSADO ENXERTO DO NOVO LIGAMENTO PELOS TUNEIS DE  
FEMORAL E TIBIAL  
10- FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS METALICOS DE INTERFERENCIA  
11- SUTURA + CURATIVO

[1]

Dr. Luigi Paolo Faria  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM-PE 22442/11



Paciente: THIAGO PABLO DE SANT'AM  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc. 24/04/1981  
Nº Prescrição: 10669356  
Leito: 300541/4

01/08/2019 às 16:42

Atendimento: 18536906  
Prontuário: 06729204  
Peso: 90.00 kg

Emissão: 01/08/20

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

dieta livre

2. KEFAZOL (1.00g (DI/1))

Agua Destilad a

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR 18 ml)

8/8h EV

CRM-2

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilânci a

40mg

0.4 ML (SERI C/ 40MG)

24/24h SC

22 06

CRM-2

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico

100mg

2 ML (AMP L C/ 100MG) 100 ml

8/8h EV

AS 08:00H

CRM-2

Alta vigilânci a

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiológico

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 100 ml

12/12h EV

22 06

CRM-2

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilad a

40mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 18 ml

24/24h EV

24

CRM-2

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilad a

10mg

2 ML (AMP L C/ 10MG) 18 ml

8/8h EV

06

CRM-2

8. DAPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilad a

1000mg

2 ML (AMP L C/ 500MG) 18 ml

8/8h EV

22

CRM-2

9. CURATIVO GRANDE

10. SINAIS VITAIS

11. BANHO NO LEITO

2. JELCO SALINIZADO

Profissionais: CRM-2244 2

LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIR

2

CRM-224

CRM-224

CRM-224

CRM-224

24 06

Dr. Luigi Paolo Freire  
Otorrinolaringologista  
Clínica do Lado  
CRM-2244

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc.: 24/04/1981  
Nº Prescrição: 0010669356  
Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906  
01/08/2019 às 16:42  
Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão: 01/08/2019 23:00

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

3/3h ORAL

## HORÁRIOS

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

dieta livre

2. KEFAZOL (1.00g)  
(D1/1)

Agua Destilada

1g  
1 FRAP (FRAP C/ 1GR)  
18ml

8/8h EV

22:00

: 02/08-06:00

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg

0.4ML (SERI C/ 40MG)

24/24h SC

SN

AS 06:00H

22:00

: 02/08-06:00

4. TRAMMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico

100 mg  
2ML (AMPL C/ 100MG)

8/8h EV

22:00

: 02/08-06:00

Alta vigilância

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico

100 mg  
1 FRAP (FRAP C/ 100MG)

12/12h EV

20:00

: 02/08-06:00

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40 mg  
1 FRAP (FRAP C/ 40MG)

24/24h EV

06:00

: 02/08-06:00

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10 mg  
2 ML (AMPL C/ 10MG)

8/8h EV

02:00

: 02/08-06:00

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg  
2 ML (AMPL C/ 500MG)  
18 ml

6/6h EV

18:00

: 02/08-06:00

9. CURATIVO GRANDE

10. SINAIS VITAIS

11. BANHO NO LEITO

12. JELCO SALINIZADO

Legenda horário :



Indica item não administrado.



Indica item checado.

Maria Rodrigues ARAUJO  
01/08/2019 23:00

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convenio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Relatório para o SIND

ENTEROFIX

Ass.

Emissão: 01/08/2019 18:41

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Nº Prescrição: 0010689356

Leito: 300541/4

Atendimento: 18536906

01/08/2019 às 16:42

Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204



# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 6

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

DT Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

01/08/2019 17:3

Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Leito: LPA-02/1

Profissional(is): WYLLIANE CARNEIRO DA SILVA LIRA TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN

Nº: 14343946 01/08/2019 às 17:31

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES MANHÃ

Hora

Descrição

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE

Hora

15:07

[1]

Hora

Descrição

PCT ADMITIDO NO SETOR EM EGR : CONSCIENTE , ORIENTADO ,  
EUPNEICO , NORMOCORADO , NORMOTENSO , DIETA ZERO , SEM  
AVP , RESTRITO AO LEITO , ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS (+) .

[1]

Hora

HD: JOELHO ESQUERDO

Hora

18

[1]

Descrição

PCT SEGUE AOS CUIDADOS DO BC

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[1]

OK  
17/31  
Wylliane

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

DT. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): SANDRA CRISTINA REUX, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN RJ 8993-HE Nº: 14348018 02/08/2019 às 03:21

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

Hora

20:00 PCTE RETORNA DO  
BC, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO  
MEDICADO CPM, SEGUE EM OBS. [1]

Hora

22:00 PCTE MEDICADO CPM, [1]

Hora

00:00 PCTE MEDICADO CPM, AFERIDO SSVV, DADO OS CCGG. [1]

Hora

06:00 PCTE MEDICADO CPM, AFERIDO SSVV SEGUE AOS CCGG. [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

20:00 - HC PH;

Maria Eduarda Venâncio  
COREN RJ 8993-TE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 15:33

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is): **BRENDA NERI DE OLIVEIRA SANTOS, ENFERMEIRA COREN 431610/11** Nº: 14342372 01/08/2019 às 15:28

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

### Evolução de Enfermagem

PCT EGR CONSCIENTE ACIANOTICO ORIENTADO EUPINEICO  
AFEBRIL ANICTERICO AVP SEM SINAIS FLOGISTICOS TORAX  
SIMETRICO ABDOMEM PLANO ELIMINAÇÃO FISIOLÓGICAS  
PRESENTES

[1]

### ALERGIAS

#### ALERGIAS

NEGA

[1]

### AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

[1]

### AVALIAÇÃO DE RISCO

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

Perda De Dispositivos

Sim

[1]

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO.

[1]

### DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Drª Brenda Neri de O. Santos  
Enfermeira  
COREN-PE 431610

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 23:30

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536908

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): MAIRA RODRIGUES ENFERMEIRA COREN 7163 11

Nº: 14347188 01/08/2019 às 23:27

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

HD = POI RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO ESQUERDO

[1]

Paciente evolui em EGR, consciência, orientada, contactuando, afebril ao toque, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pervio sem sinais flogísticos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor a palpação, RH +. Curativo oclusivo externamente limpo. Eliminações fisiológicas: diurese [ + ] Evacuação [ - ] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

## AValiação de Risco

Fiebre

Sim

[1]

## DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Maira Rodrigues  
Enfermeira  
COREN 7163 11



Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convênio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE

Dt. Nasc. 24/04/1981  
Nº Prescrição: 10671085  
Telto: 111-P212

Atendimento: 18536906  
Prontuário: 106729204  
Peso: 90,00 kg

1. DIETA: GERAL-ADULTO/ PARA A IDADE

3x3h ORAL

dieta livre

CRM-23935

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 18 ml 88h EV

CRM-23935

3. CLEXANE (40.00mg/ml)  
Ata vigilância

40mg 0,4 ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC SN

AS 08:00h

CRM-23935

4. TRAMAL (50.00mg/ml)  
Ata vigilância

100mg 2 ML (AMPL C/ 100MG) 88h EV

CRM-23935

5. PROFENID IV (100.00mg)  
Ata vigilância

100mg 1 FRAP (FRAP C/ 100MG) 12/12h EV

CRM-23935

6. OMEPRAZOL (40.00mg)  
Ata vigilância

40mg 1 FRAP (FRAP C/ 40MG) 24/24h EV

CRM-23935

7. PLAMEI (5.00mg/ml)  
Ata vigilância

10mg 2 ML (AMPL C/ 10MG) 88h EV

CRM-23935

8. DIFENONA (500.00mg/ml)  
Ata vigilância

1000mg 2 ML (AMPL C/ 500MG) 66h EV

CRM-23935

9. CURATIVO GRANDE

CRM-23935

10. SINAS VITAS

CRM-23935

11. BANHO NO LETO

CRM-23935

12. JELCO SALINIZADO

CRM-23935

Profissionais: CRM-23935

THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO

Dr. Thiago Coutinho  
Otorrinolaringologia  
CRM-PE 23.935

# PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

DL. Nasc.: 24/04/1981  
Nº Prescrição: 0010671085  
Leito: 111-P2/2  
Atendimento: 16536906  
02/08/2019 às 07:55  
Peso: 90.00 kg

Emissão 02/08/2019 08:50  
Prontuário: 6728204

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)  
18 ml

8/8h EV

dieta livre

## HORÁRIOS

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilância

40 mg

0.4 ML

(SERI C/ 40MG)

24/24h SC

SN

08:29

14:00 : 22:00

: 03/08 - 06:00

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico

100 mg

2 ML (AMPL C/ 100MG)  
100 ml

8/8h EV

14:00 : 22:00

: 03/08 - 06:00

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico

100 mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)  
100 ml

EV

08:00 : 20:00

:

3. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada

40 mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG)  
18 ml

EV

06:00 :

. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10 mg

2 ML (AMPL C/ 10MG)  
18 ml

8/8h EV

14:00 : 22:00

: 03/08 - 06:00

DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg

2 ML (AMPL C/ 500MG)  
18 ml

6/6h EV

18:00 : 03/08 - 00:00

: 03/08 - 06:00

URATIVO GRANDE

NAIS VITAIS

NHO NO LEITO

CO SALINIZADO

NCAO C/ JELCO

10:00 :

12:00 :

12/12h

RP1531

JANUINA SOUSA DA SILVA

02/08/2019 08:50

IP: 10.9.9.9

10:00 : 22:00 :

M. Oliveira  
Coordenadora

gok

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convenio: HAPVIDA  
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

DT. Nasc.: 24/04/1981      Atendimento: 18536906      Emissão 02/08/2019 08:50  
Nº Prescrição: 0010671085      Prontuário: 6729204  
Leito: 111-P2/2

RESERVADO PARA O SIND

Peso: 90.00 kg

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.  
                                 ☐ Indica item checado.

ENTEROFIX \_\_\_\_\_ Ass. \_\_\_\_\_

# REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 d

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

02/08/2019 13:

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): RAFAELA MARIA AGUIAR DO NASCIMENTO, TÉCNICO DE ENFERMAGEM,  
COREN 834822 (1)

Nº: 14348389 02/08/2019 às 07:09

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - MANHÃ

Hora

07:00

Hora

[1]

Descrição

Recebe plantão com Paciente evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, afebril, com Dieta via oral com boa aceitação, Segue sob os cuidados de enfermagem.

[1]

Hora

Pct medicado conforme prescrição medica+ssvv

Hora

14:00

[1]

Hora

[1]

Descrição

Pct medicado conforme prescrição medica

Hora

15:00

[1]

Hora

[1]

Descrição

Pct recebe alta para sua residência com orientação medica.

[1]

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - TARDE

## PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES - NOITE

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM

08:00 - HCPM;

Maria Eduarda Venâncio  
COREN-PE 1332093-TE

Rafaela Aguiar  
com 834.822



ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): ANAÍNA SOUSA DA SILVA - ENFERMEIRA - COREN 419522/11 Nº: 14350274 02/08/2019 às 10:15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

PACIENTE COM HD = 1º DPO RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO ESQUERDO  
evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, deambulando.  
Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pérvio sem sinais flogísticos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor a palpação, RH +, renovo Curativo Eliminações fisiológicas: diurese [ + ] Evacuação [ - ] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

[1]

AValiação de RISCO

Fiebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirurgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

15:00 - Alta Hospitalar.

Mary Oliveira  
Enfermeira  
COREN 50.7693

Jenifer Sousa da Silva  
Enfermeira  
COREN 48.522 - ENE

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA  
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 300541/4

Profissional(is): DR. THIAGO PABLO DE SANTANA - CRM 24422 Nº: 14343388 01/08/2019 às 16:45

ANAMNESE

MOTIVO

Motivo De Admissão Na Unidade

RECONSTRUÇÃO DE LCA - SEM INTERCORRENCIAS

[1]

CID10

S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO  
CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO

[1]

Dr. Thiago Pablo de Santana  
Ortopedia / Traumatologia  
Hospital do Esplínheiro  
CRM-PE: 124422

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 13:3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 24/04/1981	Atendimento: 18536906	Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 111-P2/2	
Profissional(is): LUIZ PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE, MEDICO, CRM 22432/11			
Nº: 14352874 02/08/2019 às 13:32			

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTAVEL SEM INTERCORRENCIAS PANTURRILHAS LIVRES FO LIMPA E SECA CD: ALTA	[1]
Cid10	S835 ENTORSE E DISTENSAO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO	[1]

Dr. Luiz Paolo Freire  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM 22432/11

HOSPITAL CASA FORTE  
RUA EDSON ALVARES, 370. CASA FORTE.  
52061-141. RECIFE-PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente THIAGO PABLO DE SANTANA esteve afastada de suas atividades diárias, em vista de internação neste nosocomio de tratamento realizado do dia 01/08/19 até o dia 02/08/19, ficando afastada por mais quinze dias após a alta, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

CID: S835

Recife, 02/08/19

Dr. Digi Paolo Trevis  
Ortopedia / Traumatologia  
Clínica do Joelho  
CRM-PE: 22442 / 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO

CARTÃO NACIONAL DE HABILITACAO

THIAGO CARLO DE SANTANA

DOC. IDENTIDADE/CRG. EMISSOR/UF

5813305 807 PE

CPF

033.980.654-98

DAT. NASCIMENTO

24/04/1983

PLACA

NÃO DECLARADO

SEM DECLARADO

MARIA JOSE DE SANTANA

PERMISSAO

AD

VALIDADE

26/12/2019

VALIDADE

17/06/1999

COMENTARIOS

sem observações

LOCAL

RECIFE - PE

DATA EMISSAO

26/12/2014

44286435408

00062796005

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS

1017996660

PRONTO PLASTIFICAR

1017996660



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE Nº **014803813350**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** CÔD. RENAVAM **158428043** R.N.T.C. **\*\*\*\*\*** EXERCÍCIO **2019**

NOME  
**THIAGO PABLO DE SANTANA**

**CAMARAGIBE-PE**

CPF / CNPJ  
**033.060.654-98**

PLACA  
**RHT0665**

PLACA ANT. / UF  
**\*\*\*\*\* / PE**

CHASSI  
**9C2KD04209R021640**

ESPÉCIE TIPO  
**PAS / MOTOCICLETA**

COMBUSTÍVEL  
**GASOLINA**

MARCA / MODELO  
**HONDA/HR150 BROS ES**

ANO FAB. **2009** ANO MOD. **2009**

CAP. / POT. / CIL  
**2P/145CL**

CATEGORIA  
**PARTIC**

COR PREDOMINANTE  
**AMARELA**

COTA ÚNICA  
**IPVA 2019 QUITADO**

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS  
**1ª \*\*\*\*\***

FAIXA I.R.V.A.  
**1**

PARCELAMENTO / COTAS  
**\*\*\*\*\***

**2ª \*\*\*\*\***

**3ª \*\*\*\*\***

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
**80.11**

IOF (R\$)  
**0.32**

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
**84.58**

DATA DE PAGAMENTO  
**13/03/19**

OBSERVAÇÕES

**SEM RESERVA**

CAMARAGIBE **Roberto G. S. Silva** DATA **16/03/19**

Roberto Carlos Moreira Montellon  
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

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

PE Nº **014803813350** BILHETE DE SEGURO DPVAT  
**THIAGO PABLO DE SANTANA**

**54756-274**

**EST ALBERTA KM 3.5 CAMARAGIBE-PE**

**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**

EXERCÍCIO **2019** DATA EMISSÃO **16/03/19**

VIA **1**

CPF / CNPJ  
**033.060.654-98**

PLACA  
**RHT0665**

RENAVAM  
**158428043**

MARCA / MODELO  
**HONDA/HR150 BROS ES**

ANO FAB. **2009**

CAT. TARIF. **09**

Nº CHASSI  
**9C2KD04209R021640**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$)  
**36.05**

DENATRAN (R\$)  
**4.01**

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
**48.05**

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
**4.15**

IOF (R\$)  
**0.32**

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)  
**84.58**

PAGAMENTO  
☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
**13/03/19**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO





DENATRAN

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803813350  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 158428048 R.N.T.A.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

NOME  
THIAGO PABLO DE SANTANA

CAMARACIBE-PE

CPF / CNPJ 033.060.654-98 PLACA KHT0665

PLACA ANT / UF \*\*\*\*\* / PE CHASSI 9C2R004209R021640

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLISTA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/NER150 BROS ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AMARELA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
IPVA 2019 QUITADO 1 \*\*\*\*\*  
FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS 2 \*\*\*\*\*  
3 \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 13/03/19

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA

LOCAL CAMARACIBE DATA 16/03/19

Roberto Carlos Moreira Pontelles  
DIRETOR RESPONSÁVEL DETRAN/PE

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

PE Nº 014803813350 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
THIAGO PABLO DE SANTANA

54756-274

RST ALDEIA KM 3.5 CAMARACIBE-PE

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 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 16/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 033.060.654-98 PLACA KHT0665

RENAVAM 158428048 MARCA / MODELO HONDA/NER150 BROS ES

ANO FAB. 2009 CAT. ZAP. 09 Nº CHASSI 9C2R004209R021640

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 13/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
ELE NÃO É DE FORTA OBRIGATORIO

30/03/2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA THIAGO PABLO DE SANTANA  
 DATA DO ACIDENTE 05/06/2017 CPF DA VÍTIMA 033.060.654-98  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PROCURADOR  
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. WENIGO SOSE FERNANDES MACHADO  
 Nº 233 COMPLEMENTO CASA BAIRRO VARZEA  
 CIDADE Recife UF PE CEP 50.970-230  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (81) 99259-0049

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- 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 NESTE FORMULÁRIO
  - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE 3.696.087 SSP/PE  
 ASSINATURA Andrea M. Santana da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384338/19

**Vítima:** THIAGO PABLO DE SANTANA

**CPF:** 033.060.654-98

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/06/2017

**Titular do CPF:** THIAGO PABLO DE SANTANA

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA : 043.922.754-26

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

#### THIAGO PABLO DE SANTANA : 033.060.654-98

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: 01/11/2019  
Nome: ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA  
CPF: 043.922.754-26

ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019  
Nome: Josyelli de Oliveira Cabral  
CPF: 054.598.464-55

Josyelli de Oliveira Cabral

## CARTA EXPLIVATIVA

Eu ANDREA SANTANA DA SILVA, portador do CPF: 043.922.754-26, nascido em 29/03/1981, resido na Rua: CONEGO JOSÉ FERNANDES MACHADOS, 233 –VARZEA –RECIFE/PE.

Venho por meio desta, como procuradora da vítima THIAGO PABLO DE SANTANA, portador do CPF: 033.060.654-98 e SINISTRO: 3190618606, nascido em 24/04/1981, que reside na Rua: AMADOR BUENO, 461 – TABATINGA KM 3,5 – CAMARAGIBE/PE, informar que o mesmo sofreu um acidente de motocicleta no dia 05/06/17 sendo socorrido Por populares , para o HOSPITAL hapvida Espinheiro.

Ao dar entrada na emergencia da ortopedia do hospital Espinheiro, passando por exames de RX, onde no exato momento nao constatou a sequela de rompimento de ligamento em joelho esquerdo, voltando a sua residencia, continuou a sentir dores. Tendo complicações com o plano de saude HAPVIDA, chegando a ser cancelado, fez outro plano medico, na propria instituição hapvida, porem a acencia nao cobria po tratamento do mesmo, assim que possivel a cobertura total, foi feita uma recossonância no dia 04/02/2019, onde foi costatada a sequela de rompimento de ligamento cruzado anterior no joelho esquerdo, vindo passar por cirugia no dia 01/08/2019. Passado por reabilitação onde apresenta sequelas, relatadas nas documentações medicas enviadas a seguradora LIDER DPVAT.

Pedimos, a gentileza para ter uma anlise objetiva e conclusiva, e com isso a idenização liberada do mesmo.

Desde já agradeço a compreensão.

CONTATOS: (81) 98552-9424 / 99259-0049



ANDREA MARIA SANTANA DA SILVA

(PROCURADORA)

Recife, 08 de Novembro de 2019