

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

Valorização 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 ESTABELECIDA 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

Valorização 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 ESTABELECIDA 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 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:

Documentação médica-hospitalar	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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.060.654-98 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: 1033.060.654-98
 7 - Profissão: REUSSA 8 - Endereço: R. AMADOR BUENO 9 - Número: 461 10 - Complemento: KM 3,5
 11 - Bairro: TABATINGA 12 - Cidade: CAMARAJIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.756.279
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99257-0049

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 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 (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046

CONTA: 31328 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda 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.

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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (filhos)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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

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 o pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO
37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37°CIBC
DIM/9ºDESEC

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37°CIBC
DIM/9ºDESEC

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 - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/6/2017 às 08:30

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

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: 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)**

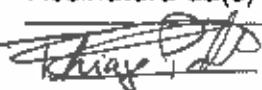
Placa: **KHT0665** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **158428048**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO PABLO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

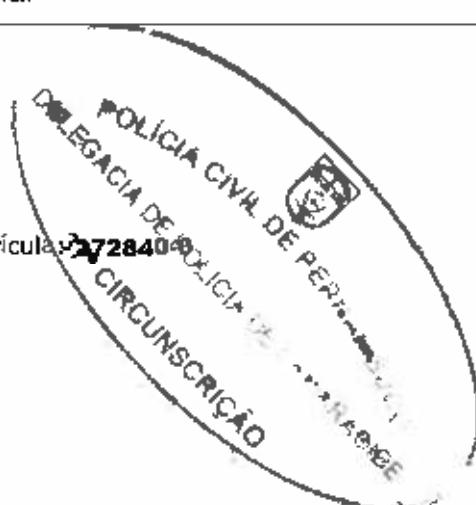
Complemento / Observação

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: **272840**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRICAO - CAMARAGIBE - DP37ºCIRC
DIM/9ºDESEC

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 - Culposo (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 PÚBLICA**

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: **NÃO 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: **KHT0865** (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)**

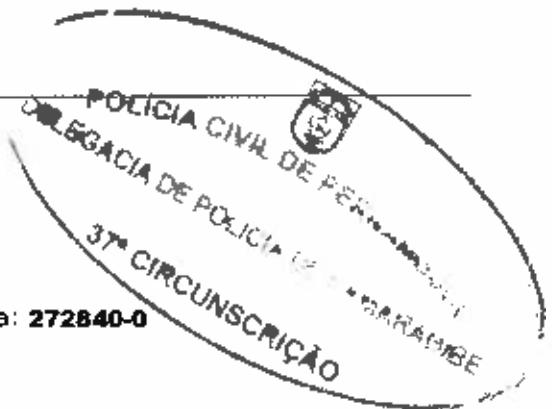
Complemento / Observação

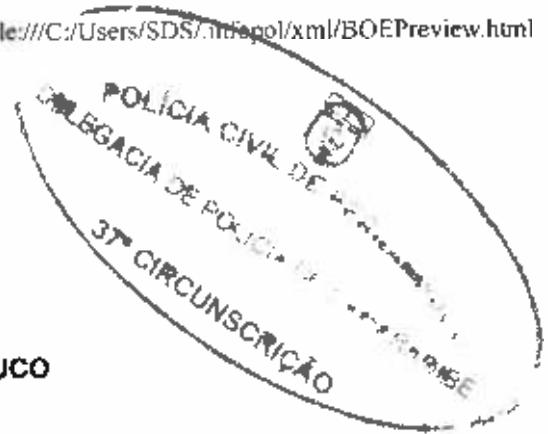
INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇÕES E HEMATOMA. APÓS 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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 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 5/6/2017 às 08:30

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

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**

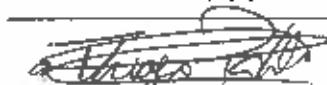
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**

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

Complemento / Observação

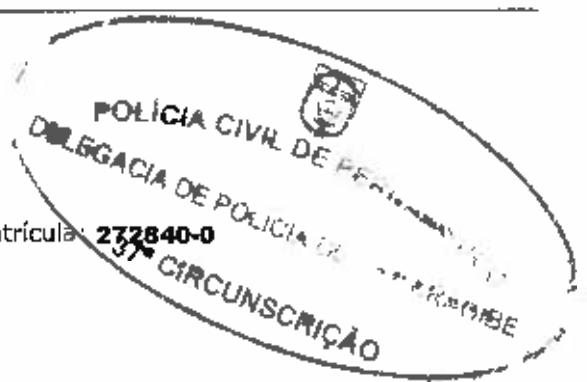
INFORMA A VITIMA QUE VINHA NA VIA, DESCENDO UMA LADEIRA, QUANDO UM VEICULO INVADIU A VIA, NAO DANDO TEMPO DA VITIMA FREIAR, VINDO A ATINGIR A LATERAL DO VEICULO. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SEU SOGRO PARA O HOSPITAL DO HAPVIDA DO ESPINHEIRO, CONFORME NUMERO DE PRONTUARIO 6729204 E ATENDIMENTO 13600939. A VITIMA CHEGOU A UNIDADE COM QUEIXA DE DOR NO CALCANHAR E JOELHO ESQUERDO, COM ESCORIAÇÕES E HEMATOMA. APOS CERCA DE 0015 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(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 023.060.654-98 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: 1033.060.654-98
 7 - Profissão: REUSSA 8 - Endereço: R. AMADOR BUENO 9 - Número: 461 10 - Complemento: KM 3,5
 11 - Bairro: TABATINGA 12 - Cidade: CAMARAJIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54.756.279
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (81) 99257-0049

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 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 (342)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0046

CONTA: 31328 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda 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.

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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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 (na Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (filhos)? Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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

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 o pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Chancen der Bündnis-Achse die Bemerkbarkeit erhöhen.

高橋書店



clubede
saude
ADMINISTRADORA

CANAIS DE ATENDIMENTO

CENTRAL DE SERVIÇOS

4003-9881

Tudo o Brasil

SAC

0800 887 8777

Todô o Brasil

SERVICOS ONLINE clubedesaudedonline.com.br

2013 RELEASE UNDER E.O. 14176



7/7-9C/4C

EDITION 2024

RUA AMBROSIO BORGES 100 - CAMPANHIA - PE

SPVIA AGRICULTURE PLEIN AIR INC.

二十九

ФИЗИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА

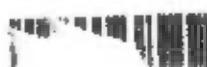


ADMINTRADE
Saude



DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

Clube de Saúde Adm. de Benefícios Ltda
Caixa Postal 6501
CEP: 0018-970 | São Paulo | SP



- Mudou-se
 - Endereço insuficiente
 - Não existe o nº indicado
 - Desconhecido
 - Recusado

- Para uso do correio

 - Não procurado
 - Ausente
 - Falecido
 - Inf. escrita por terceiro

Dia _____/_____/_____

Responsável pela Informação

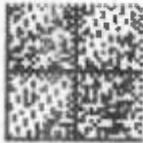
- Não procurado
 - Ausente
 - Falecido
 - Inf. escrita por terceiros

Entregador

<input type="checkbox"/> 01 - RECOMENDADO	<input type="checkbox"/> 02 - CUSTO BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 03 - DESENVOLVIMENTO	<input type="checkbox"/> 04 - CUSTO BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 05 - PRECOUSO	<input type="checkbox"/> 06 - CUSTO BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 07 - AUSENTE	<input type="checkbox"/> 08 - INOCUO
<input type="checkbox"/> 09 - DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> 10 - DESCONHECIDO
<input type="checkbox"/> 11 - ENDERECO INCORRETO	<input type="checkbox"/> 12 - CUSTO BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 13 - FALTA CORRESPONDÊNCIA LOCALIZADA	<input type="checkbox"/> 14 - CUSTO BENEFÍCIO
<input type="checkbox"/> 15 - FALTA CORRESPONDÊNCIA LOCALIZADA	<input type="checkbox"/> 16 - CUSTO BENEFÍCIO

CEP: 04301-070
Carteira Soluções Financeiras
CNPJ: 080181880405

DEVOLUGA ELETÔNICA - CEDO
Assinatura do destinatário



CTC RECIFE PE PL1

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

88963 - 00000000142
DATA DE POSTAGEM: 27/08/2019



7210190783809831002477958830270819



A FÉRIAS DO SEU CARTÃO ATACADÃO
CHEGOU

O MELHOR NEGÓCIO DE SEMPRE
AGORA COM PRAZO PARA PAGAR



O Cartão Atacadão é seu cartão de crédito. Oferece descontos e vantagens que só o Cartão Atacadão pode oferecer. Consulte as condições de desconto, prazo de pagamento e taxas de juros no site www.cartaoatacadao.com.br.

Todos os cartões de crédito possuem um limite de crédito que varia de acordo com a sua renda e com o seu histórico de pagamentos. Seus descontos e vantagens só são válidos se você pagar suas faturas dentro desse limite. Consulte as condições de desconto e outras informações no site www.cartaoatacadao.com.br.

Centro de Atendimento ao Cliente: 0800 620 8889
Se você não recebeu o seu cartão Atacadão, entre em contato conosco.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 Onduladora: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SÉGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 043.922.751-26 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 MACEDO</u>	Número:	<u>233</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>JARUZEA</u>	Cidade:	<u>REU FE</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				CEP:	<u>50.970-230</u>

Local e Data: _____


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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

09/09/2019 12:46

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 24/04/1981	Atendimento: 13600938	Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA - HE	Leito: 300212/28	
Professional(is): ISAAC FELIPE MELO DE FREITAS CRM 24524 [1]	Nº: 05366085	05/06/2017	As 13:59

ANAMNESE

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

Queixa Principal		
------------------	--	--

CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
-------	--------------------	-----

Querixas e Sintomas Gerais	ESCORIAÇÃO EM JOELHO D E HEMATOMA EM CALCANEU	[1]
----------------------------	---	-----

DIAGNÓSTICO

CID10	M255 DOR ARTICULAR	[1]
-------	--------------------	-----



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RESSONANÇA MAGNETICA - HIL

Nº Pedido: 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

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

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 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 poplitea 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

**FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
18536906



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

20/08/2019 14:22:40

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
8729204	THAGO PABLO DE SANTANA		M	24/04/1981	38
RG	CPF	Carteira Profissional		Estado Civil	
9813300 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 - NE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
01/08/2019	12:32		
Médico Atendente			
3568800 LUIZ PAULO MARIS DE MEDEIROS FREIRE			
Clínica			
4-CIRURGICA			
Médico Acompanhante			
3558800 LUIZ PAULO MARIS DE MEDEIROS FREIRE			
Tipo Atendimento			
8-INTERNACAO			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Serhia	Descrição
17887104	99996666	D15547189	INTERNACAO
17887104	38733073	D15547189	RECONSTRUCAO, RETENCIIONAMENTO 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

04/09/15 Date
Hospital

Aero

Page 1 of 1

Sequoia Cor. Index

2009-10 | Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo | Note de Cunhado | Lhamandres | Luigi | Faculdade de Medicina da Fafis - Universidade Mackenzie

- 18 -

Recouvrement du LCA + Dépense de main-d'œuvre

NAO Urgentide

A horizontal row of ten numbered boxes (1 through 10) on a grid background. The first box contains a circled 'X'. The other boxes are empty.

Ques	1. <u>Who invented</u>

5
4
3
2
1

Demand \leftarrow Supply

19 132 12 47 18
10 10

Household
Personnel
Gardener

7/01
7/02

~~not enough~~

1000-000000

Geotagging

~~56. All the things
that you have
done for me~~

2

~~old~~ ~~old~~ ~~old~~

<input type="checkbox"/> B15	<input type="checkbox"/> B16	<input type="checkbox"/> B17	<input type="checkbox"/> B18	<input type="checkbox"/> B19	<input type="checkbox"/> B20	<input type="checkbox"/> B21	<input type="checkbox"/> B22	<input type="checkbox"/> B23	<input type="checkbox"/> B24	<input type="checkbox"/> B25	<input type="checkbox"/> B26	<input type="checkbox"/> B27	<input type="checkbox"/> B28	<input type="checkbox"/> B29	<input type="checkbox"/> B30
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

—

<input checked="" type="checkbox"/> Acordadeo	<input type="checkbox"/> Saxofone	<input type="checkbox"/> Altafader Gases	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> Vasilor
<input type="checkbox"/> Accordeon	<input type="checkbox"/> Snaredrum	<input type="checkbox"/> Armadinha	<input type="checkbox"/> Intubado	<input type="checkbox"/> Estrumendos de Nylon
<input type="checkbox"/> Dresser	<input type="checkbox"/> Surdo	<input type="checkbox"/> Observações:	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Outros

1060

- Pile-Cutter
- Ultra-Antenna
- SRPA
- DSSB/DSB
- Volume IIRP Plus
- APRS/Jewel
- UTM
- G3

de Vescovato's Vision

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/06/2019 11

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA Dt. Nasc.: 24/04/1981 Amendamento: 18538906 Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA Posto: CENTRO CIRURGICO - HE Leito: 300541/4
Profissional(s): ENFERMADORA DE MEDEIROS FREIRE, MEDICO, CRM: 224210 Nº: 14343510 01/08/2019 às 16:55

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico 5826

11

Diagnóstico Clínico 6015

11

ANESTHESIA

Anestesia Geral Inalatódeo - SAGU - 00000000000000000000000000000000

[4]

ANSWER

Date Da Cirurgia 21/07/2012

643

Mora Da Cinxela

三

Cirurgia RECONSTRUÇÃO DE LCA + TRANSPOSIÇÃO DE MAIS DE UM TENDÃO + SINOVECTOMIA + OSTEOTACEROSIS ARTICULAR

四

Cirurgião(a) | Enfermeiro(a) | Fisioterapeuta | Psicólogo(a) | Terapeuta ocupacional | Fonoaudiólogo(a)

643

Anestesiologist EQUILIBRIO HEMODINAMICO

11

Instrumentador 104 | Agosto 2014

三

Prescriber Guidelines

10

- 1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2- EVAZIAMENTO + 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 ARROSCOPICOS
- 5- VISUALIZADA EXTENSAO LESAO MENISCAL EM MENISCO MEDIAL, EM ALCA DE BALDE
- 6- REALIZADO REPARO MENISCAL
- 7- VISUALIZADA LESAO COMPLETA DIO LCA *
- 8- RETIRADO RESTOS DO LIGAMENTO, CONFECIONADO TUNELIS FEMORAL E TIBIAL COM GUIAS APROPRIADOS
- 9- PASSADO ENXERTO DO NOVO LIGAMENTO PELOS TUNELIS DE FEMORAL E TIBIAL
- 10- FIXACAO COM 02 PARAFUSOS METALICOS DE INTERFERENCIA
- 11- SUTURA + CURATIVO

Dr. Luigi Pazzaglia
Ortopedico Traumatologo
CRM PS

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Emissão: 01/08/20

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Dt. Nasc. 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Nº Prescrição: 10669368

Prontuário: 6729204

Leito: 300541/4

Peso: 90.00 kg

01/08/2019 às 16:42

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

dieta livre

CRM-2

2. KEFAZOL (1.00g)

(D1/1)

Agua Destilad a

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR
18 ml)

8/8h

BV

22

06

CRM-2

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilância

40mg

0.4 ML (SERI C/ 40MG)

24/24h

SC

SN

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Alta vigilância

Soro Fisiologico

100mg

2ML (AMPL C/ 100MG)
100 ml

8/8h

BV

22

06

CRM-2

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico

100mg

1 FRAP (FRAP C/ 100MG)
100 ml

12/12h

BV

24

CRM-2

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilad a

40mg

1 FRAP (FRAP C/ 40MG)
18 ml

24/24h

BV

22

CRM-2

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilad a

10mg

2ML (AMPL C/ 10MG)
18 ml

8/8h

BV

06

CRM-22

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilad a

1000mg

2ML (AMPL C/ 500MG)
18 ml

6/6h

BV

22

CRM-22

9. CURATIVO GRANDE

CRM-22

10. SINAIS VITAS

CRM-22

11. BANHO NO LEITO

CRM-22

12. JELCO SALINIZADO

CRM-22

Profissionais: CRM-2244 2

LUIGI PAULO MARIA DE MEDEIROS FREIRE

CRM-22


Dr. LUIGI PAULO FREIRE
Ortopedia / Traumatologia
Clínica do Jardim
CRM-PB: 21142 TCDT

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Emissão: 01/08/2019 23:00

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. KEFAZOL (1.00g)

(D1/1)

Agua Destilada

1g

1 FRAP (FRAP C/ 1GR)
18ml

8/8h EV

22:00

; 02/08-00:00 ;

dieta livre

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg

0.4ML

(SERI C/ 40MG)

24/24h

SC

SN

Alta vigilância

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiológico

100mg

AS 08:00H

2ML
100ml

8/8h

EV

22:00

; 02/08-00:00 ;

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

2ML (AMPL C/ 10MG)
18ml

8/8h

EV

02:00

; 02/08-00:00 ;

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000mg

2ML (AMPL C/
18ml 500MG)

6/6h

EV

18:00

; 02/08-00:00 ;

; 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.

Manoel Oliveira
Médico de植物
01/08/2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convenio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Reservado para o SNO

ENTEROFIX

Ass.

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Nº Prescrição: 0010689358

Lelto: 300541/4

Atendimento: 18536906

01/08/2019 às 18:42

Peso: 90.00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão: 01/08/2019 18:41

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de

01/08/2019 17:3

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): WYLLOWNE CARNEIRO DASILVA - TÉCNICO DE ENFERMAGEM CÓREN
974354711

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Peslo: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LPA-02/1

Nº: 14343846

01/08/2019

às 17:31

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: MANHÃ

Hora

Descrição

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: TARDE

Hora

15:07

Hora

Descrição

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

Hora

HD: JOELHO ESQUERDO

Hora

18

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE

PCT SEGUE AOS CUIDADOS DO BC

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

[1]

01/08/2019
Wyllowne

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/06/2019 03:32

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981 Atendimento: 18536808 Prontuário: 6729204
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/2

Profissional(is): SANDRA CRISTINA FERREIRA DE ENFERMAGEM COREN-PR 29931-1 Nº: 14348018 02/06/2019 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, SEQUE EM OBS. [1]

Hora

22:00 PCTE MEDICADO CPM, [1]

Hora

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

Hora

06:00 PCTE MEDICADO CPM, AFERIDO SSVV SEQUE AOS CGGG. [1]

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

20:00 - MCPH;



Maria Eduarda Venâncio
COREN-PR 2993-TE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/06/2019 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): BREANDA NEVES DE LIMA SANTOS ENFERMEIRA GOREN 133610-0	Nº: 14342372	01/06/2019	às 15:28

Evolução de Enfermagem

Evolução de Enfermagem

PCT EGR CONSCIENTE ACALÓTICO ORIENTADO EUPNEICO [1]
AFEBRIL ANICTERICO AVP SEM SINAIS FLOGÍSTICOS TORAX
SIMÉTRICO ABDOMEM PLANO ELIMINAÇÃO FISIOLOGICAS
PRESENTES

ALERGIAS

ALERGIAS

NEGA

AVALIAÇÃO DE DOR

Dor (0 A 10)

0

AVALIAÇÃO DE RISCO

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

Perda De Dispositivos

Sim

Queda Adulto (Morse)

BAIXO RISCO.

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

Drº Brendo Neves de Lima Santos
Enfermeira
CORON 16-431610

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

01/08/2019 23:30

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981 Atendimento: 18536906 Prontuário: 6729204
Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/2

Profissional(a): MAIRARA BARBOSA DE ENFERMEIRA COREN/PI 1001100000000000

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 pérvio sem sinais fisiológicos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor à palpação, RH+. Curativo oclusivo extremamente limpo. Eliminações fisiológicas: diurese (+) Evacuação (-) até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

AVALIAÇÃO DE RISCOS

Flebite

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

*Maíra Rodrigues
Enfermeira
COREN-PI 1001100000000000*

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 24/04/1981	Nº Prescrição: 10671085	02/08/2019	as 07:55	Atendimento: 18536906
Convênio: HAPVIDA					Frontuário 6729204
Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE		Leito: 111-P2/2			Peso: 90.00 kg
1. DIETA: GERAL-ADULTO / PARA A IDADE		3/3h	ORAL		data livre
2. KEFAZOL (1.00g)	1g	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/1GR)	8/8h	EV
	Aqua Destilada				
3. CLEXANE (40.00mg/ml) Alta vigilância	40mg	0.4 ML	(SERI CI 40MG)	24/24h	SC
4. TRAMAL (50.00mg/ml) Alta vigilância	100mg	2ML 100 ml	(AMPL C/100MG)	8/8h	EV
5. PROFENID IV (100.00mg)	100mg	1 FRAP 100 ml	(FRAP C/100MG)	12/12h	EV
6. OMEPRAZOL (40.00mg)	40mg	1 FRAP 18 ml	(FRAP C/40MG)	24/24h	EV
	Aqua Destilada				
7. PLAMEL (5.00mg/ml)	10mg	2ML 18 ml	(AMPL C/10MG)	8/8h	EV
	Aqua Destilada				
8. DIPIRONA (600.00mg/ml)	1000mg	2ML 18 ml	(AMPL C/600MG)	6/6h	EV
	Aqua Destilada				
9. CURATIVO GRANDE					
10. SINAIS VITais					
11. BANHO NO LEITO					
12. JELCO SALINIZADO					
Profissional: CRM-23935	THIAGO DE PAULA BARBOSA COUTINHO	Dr. Thiago Coutinho CRM-23935			

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

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

Página 1 de 3

Emissão 02/08/2019 08:50

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

HORÁRIOS

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada 1g 1 FRAP (FRAP C/ 1GR) 8/8h EV dieta livre
 18ml

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

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

Alta vigilância 40mg 0.4ML (SERI C/ 40MG) 24/24h SC SN 08:29

AS 06:00H

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

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

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

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

Alta vigilância

5. PROFENID IV (100.00mg)

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

08:00 ; 20:00 ;

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

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

06:00 ;

7. PLAMET (5.00mg/ml)

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

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

DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada 1000mg 2ML (AMPL C/ 600MG) 6/6h EV

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

URATIVO GRANDE

NAIS VITais

10:00 ;

12:00 ;

*Mauricio Oliveira
 Farmacêutico
 CRF-RJ: 577683*

NHO NO LEITO

LCO SALINIZADO

NCAO C/ JELCO

12/12h

10:00 ; 22:00 ;

RP1831

JANAINA SOUSA DA SILVA

02/08/2019 08:50

IP: 10.1.10.200

HOSPITAL MEDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

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

Reservado para o SND

ENTEROFIX

Ass.

Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010671086
Leito: 111-P2/2

Atendimento: 18536906
02/08/2019 às 07:55
Peso: 90,00 kg

Prontuário: 6729204

Emissão: 02/08/2019 08:50

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

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

ULTRA SOM SERV MED LTDRA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Attachment

Prensa Libre - 2722024

02/08/2019 13

Posto: POSTO 214NDAB - UT

Lexloc 111-P2/2

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/2
Profissional(is): RAFAELA MARIA AGUIAR DO NASCIMENTO, TECNICO DE ENFERMAGEM Nº: 14348389 02/08/2019 às 07:00
COREN:834822 (1)

Nº: 14348389 02/08/2019 às 07:09

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES

Hora	07:00	[1]
Hora		
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		
Hora	Pct medicado conforme prescrição médica+ssvv	[1]
Hora	14:00	[1]
Hora		
Descrição	Pct medicado conforme prescrição médica	[1]
Hora		
Hora	15:00	[1]
Hora		
Descrição	Pct recebe alta para sua residência com orientação médica.	[1]
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES TARDE		
PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES NOITE		
UIDADOS DE ENFERMAGEM		
08:00 - HCPM		

08:00 - HCPM;

Maria Eduarda Venâncio
COREN-PE 093-7

Ratator Cognac 83^{1/2}. 832

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2018 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): MARIANASILVA ENFERMEIRA COREN 14350274 N°: 14350274 02/08/2018 às 10:15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução da Enfermagem

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

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flabite Sim [1]

Infecção Sítio Cirúrgico Sim [1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico Sim [1]

15:00 - Alta Hospitalar.

Mariely Oliveira
Enfermeira
C.R.N. 14350274

Assinatura da Enfermeira
Mariely Oliveira
C.R.N. 14350274 - ENF

ADMISSÃO POSTO-CLÍNICO CIRÚRGICO

Página 1 de 1

01/08/2019 16:45

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(s): DR. GUILHERME MARCOS MENEZES FREIRE MED/BSB/CRM/2442/DF N°: 14343388 01/08/2019 às 16:45

SINTOMAS:

MOTIVO:

Motivo Da Admissão Na Unidade

RECONSTRUÇÃO LCA - SEM INTERCORRENCIAS [1]

CID10

S835 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO [1]

Or. Dr. G. P. Freire
CRM/DF/2442/2007
CRMAPE: 2262-0007

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de 1

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): ~~LUDVÍGIO MARQUES DE SOUZA FREIRE MEDICO CRM/2244211~~ NP: 14352874 02/08/2019 às 13:32

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL
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. Lúcio Freire
Ortopedista / Traumatólogo
CRM/2244211
Cirurgião

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 Pablo
Ortopedia / Trauma
Unidade do Jequiá
CRM-PE 22047-EC



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RESSONANÇA MAGNETICA - HIL

Nº Pedido: 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

Endereço...: 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 poplítea 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

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

Página 1 de 1

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 [1]
TRAUMA CRANIANO
COM QUEIXA DE DOR EM CALCANHAR E JOELHO D

Queixa Principal

CID10 M255 DOR ARTICULAR [1]

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

DIAGNÓSTICO

CID10 M255 DOR ARTICULAR [1]

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento

18536906



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

20/06/2019 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
01/06/2019	12:32		
Médico Atendente			
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE			
Médico Acompanhante			
3558800 LUIGI PAOLO MARIS DE MEDEIROS FREIRE			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Piano	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	30731218	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	D22191363	JOELHO: A.P. - LATERAL

FICHA DE ANESTESIA

Data

01/08/19

Hospital

Esprinhéis

Acor
e

Paciente

THIAGO Pablo de SANTANA.

CRM

Nome do Anestesiologista

20091

Eduardo de Vasconcelos

Medicação Pré-anestésica

X

Sexo

M

Cor

B

Idade

38

Ris

-

Nome do Cirurgião

Luigi Paolo

Cirurgia

Reconstituição de LCA + Ressecção de miomíaco +
 Sinovectomia total + transposição de moia da I tendão.

Horário

16:40h.

17:40h.

18:20h.

01

Nº

Líquidos

ATP

ATP

Soro

Soro

SaO₂

96%

ETCO₂

40

ECG

ECG

RR

100

HR

120

SpO₂

98%

ETCO₂

40

HR

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 CIRÚRGICO - HE	Leito: 300541/4	
Profissional(is): LUIZ PAOLO MARIOS DE MEDEIROS FREIRE - CRM/2244210	Nº: 14343510	01/08/2019	às 16:55

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	8835	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	8835	[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 + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS 3- INCISAO ANTERIOR EM TOPOGRAFIA DOS FLEXORES PARA RETIRADA DE ENXERTO DO GRACIL E SEMITENDINEO 4- REALIZADO PORTAIS ARTROSCOPICOS 5- VISUALIZADA EXTENSAO LESAO MENISCAL EM MENISCO MEDIAL, EM ALÇA DE BALDE 6- REALIZADO REPARO MENISCAL 7- VISUALIZADA LESAO COMPLETA DIO 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 Freire
Ortopedia e Traumatologia
Centro Cirúrgico Jardim das Rosas
CRM-PE 2244210 - Técnico de Enfermagem

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

1. DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

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

Agua Destilad a

1g

1FRAP

(FRAP C/1GR)

8/8h

EV

22 06

AS 06:00H

CRM-2

3. CLEXANE (40.00mg/ml)
Alta Vigilância

40mg

0.4ML

(SERI C/ 40MG)

24/24h

SC

SN

CRM-2

4. TRAMAL (50.00mg/ml)
Alta Vigilância

10mg

2ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h

EV

CRM-2

5. PROFENID IV (100.00mg)
Soro Fisiologico

10mg

1FRAP

(FRAP C/ 100MG)

12/12h

EV

CRM-2

6. OMEPRAZOL (40.00mg)
Agua Destilad a

40mg

1FRAP

(FRAP C/ 40MG)

24/24h

EV

CRM-2

7. PLAMET (5.00mg/ml)
Agua Destilad a

10mg

2ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h

EV

CRM-2

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)
Agua Destilad a

1000mg

2ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h

EV

CRM-22

9. CURATIVO GRANDE
10. SINAIS VITais

1. BANHO NO LEITO

2. JELCO SALINIZADO

Profissionais: CRM-224 2

CRM-224

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 1 de 3

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Corrimento: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HE

Leito: 3005414

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Nº Prescrição: 0010669356

Atendimento: 18536906

01/08/2019 às 16:42

Emissão: 01/08/2019 23:00

Prontoário: 6729204

1.DIETA GERAL-ADULTO / PARA A IDADE

3/3h ORAL

2.KEFAZOL (1.00g)

(D1V1)

Agua Destilada

1g

1FRAP (FRAP C/ 1GR)

18ml

8/8h EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

3.CLEXANE (40.00mg/ml)

40 mg

0.4ML

(SERI C/ 40MG)

24/24h SC

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

100mg

2ML

(AMPL C/ 100MG)

8/8h EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

5. ALTA VIGILÂNCIA

Soro Fisiológico

100mg

100ml

AS 06:00H

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Soro Fisiológico

40 mg

1FRAP (FRAP C/ 40MG)

24/24h EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada

10 mg

2ML

(AMPL C/ 10MG)

8/8h EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

8. DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada

1000 mg

2ML

(AMPL C/ 500MG)

6/6h EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

9. CURATIVO GRANDE

Agua Destilada

18 ml

500MG

EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

10. SINAIS VITais

Agua Destilada

18 ml

500MG

EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

11. BANHO NO LEITO

Agua Destilada

18 ml

500MG

EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

12. JELCO SALINIZADO

Agua Destilada

18 ml

500MG

EV

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

~~24:00~~ :02/08-06:00 ;

Legenda horário : Indica item não administrado.

Indica item checado.

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Página 2 de 3

Pacífico: ITHAGO PABLO DE SANTANA

ESTRUCTURA Y VIDA

CENTRO CIRURGICO - HE

THE BOSTONIAN

ENTEROFIX

ALL

Nº Prescrição: 0010669356 Atendimento: 18536906
Data: 24/04/1981

Leito: 300541/4

卷之三

Emissão: 01/08/2019 16:41

29204

1

104

NP1531

01/DBZD104841

JP_10_132204

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de

01/08/2019 17:31

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA

Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

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

Profissional(is): WYLLINE (CARNEIRO DA SILVA) DRA TÉCNICO DE ENFERMAGEM CÓRÉN
974354-11

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 FISIOLOGICAS (+).
SEGUE AOS CCGG

[1]

Hora

HD: JOELHO ESQUERDO

[1]

Hora

18

Descrição

PCT SEGUE AOS CUIDADOS DO BC

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES: NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

QTB51
Wyllieme

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 03:32

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981

Atendimento: 18536906

Prontuário: 6729204

Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 111-P2/2

Profissional(is): SÁNDRA CRISTINA RÉMIX TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN-PR 2993111 N°: 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 - HC PM ;)



Maria Eduarda Venâncio
COREN-PR 2993-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): BRENDANERIDEIMA SANTOS ENFERMEIRA COREN PB 4316011	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 FISIOLOGICAS 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. Brenda Neri de Sá
 Enfermeira
 COREN-PB-43161º

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: 18536906 Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 111-P2/2
Profissional(is): MAIRA RARAQIO, ENFERMEIRA COREN/PR 16311 N°: 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, desambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem sopro de oxigênio, AVP pélvico sem sinais flogísticos. Dieta via oral com boa aceitação, abdômen depressível e indolor à palpação, RH +. Curativo oclusivo externamente limpo. Eliminações fisiológicas: diurese [+] Evacuação [-] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

Avaliação de Risco

Flebite

Sim

[1]

Dispositivos

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

Maire Rodrigues
Enfermeira
COREN-PR 16311

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

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

Dt. Nasc.: 24/04/1981
Nº Prescrição: 0010671085

Atendimento: 18536906
Lendo: 111-P22

Emissão: 02/08/2019 08:55
Pronuário: 6729204

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2. KEFAZOL (1.00g)

Agua Destilada
1g

1FRAP (FRAP C/1GR)
18ml

40mg
0.4ML
(SERI C/40MG)

AS 06:00H
2ML
(AMPL C/
100MG)

SN
08:29
;

8/8h
EV
;

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

3. CLEXANE (40.00mg/ml)

Agua Destilada
100mg
1FRAP (FRAP C/100MG)

100ml
18ml

24/24h
EV
;

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

4. TRAMAL (50.00mg/ml)

Soro Fisiologico
100mg
1FRAP (FRAP C/40MG)

100ml
18ml

24/24h
EV
;

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

5. PROFENID IV (100.00mg)

Soro Fisiologico
100mg
1FRAP (FRAP C/100MG)

100ml
18ml

12/12h
EV
;

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

6. OMEPRAZOL (40.00mg)

Agua Destilada
40mg
1FRAP (FRAP C/40MG)

18ml
18ml

24/24h
EV
;

06:00
;

7. PLAMET (5.00mg/ml)

Agua Destilada
10mg
2ML
(AMPL C/ 10MG)

18ml
18ml

8/8h
EV
;

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

DIPIRONA (500.00mg/ml)

Agua Destilada
1000mg
2ML
(AMPL C/
500MG)

18ml
18ml

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

12/12h
;

Página 1 de 3

02/08/2019 08:50

IP: 171.172.70.2

REGISTROS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 13:13

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA
Convênio: HAPVIDA

Dt. Nasc.: 24/04/1981 Atendimento: 18536906 Prontuário: 6729204
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- MANHA

Hora 07:00

Hora

Descrição

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

[1]

Hora

Pct medicado conforme prescrição médica+ssvv

[1]

Hora

14:00

[1]

Hora

Pct medicado conforme prescrição médica

[1]

Hora

15:00

[1]

Hora

Descrição

Pct recebe alta para sua residência com orientação médica.

[1]

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- TARDE

PROCEDIMENTOS E OBSERVAÇÕES- NOITE

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

08:00 - HC PM;

Maria Eduarda Venâncio
COREN-PA 834822-TE

Rafaela Cognac 422
834822-TE
Cognac

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1 de 1

02/08/2019 10:16

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): JANAINA SOUSA DA SILVA ENFERMEIRA-GOREN 449522111 N°: 14350274 02/08/2019 às 10:15

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Evolução de Enfermagem

PACIENTE COM HD =1ºDPO RECONSTRUÇÃO DE L.C.A JOELHO

[1]

ESQUERDO

evolui em EGR, consciente, orientada, contactuando, deambulando. Tórax simétrico, eupnéica sem suporte de oxigênio, AVP pérvio sem sinais fisiológicos. Dieta via oral com boa aceitação, abdomão depressível e indolor a palpação, RH +, renovado Curativo Eliminações fisiológicas: diurese [+] Evacuação [-] até o momento. Segue sob os cuidados de enfermagem.

AVALIAÇÃO DE RISCO

Flebite

Sim

[1]

Infecção Sítio Cirúrgico

Sim

[1]

DISPOSITIVOS

Acesso Venoso Periférico

Sim

[1]

15:00 - Alta Hospitalar.

Manoel Oliveira
Enfermeiro
CNPJ: 35.522-513

Manoel Oliveira
Enfermeiro
CNPJ: 35.522-513

ADMISSÃO POSTO-CLÍNICO CIRÚRGICO

Página 1 de 2

01/08/2019 16:44

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): LUIZ GABRIEL MENESES MEDICO DE MEDICINA E DIRETOR CLINICO CRM-PE 24420 N°: 14343388 01/08/2019 às 16:45

~~ANAMNESE~~

~~MOTIVO~~

Motivo De Admissão Na Unidade

RECONSTRUÇÃO DE LCA - SEM INTERCORRENCIAS [1]

CID10

S835 ENTORSE E DISTENSÃO ENVOLVENDO LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DO JOELHO [1]

Dr. Thiago Pablo
Cirurgião / Traum.
Cirurgia do Joelho
CRM-PE: 24420

EVOLUÇÃO DIÁRIA POSTO CLÍNICO-CIRÚRGICO

Página 1 de

ULTRA SOM SERV MED LTDA - HE

02/08/2019 13:31

Paciente: THIAGO PABLO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 24/04/1981	Atendimento: 18536906	Prontuário: 6729204
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 ANDAR - HE	Leito: 111-P2/2	
Profissional(is): LUIZ PAULO MARQUES DE MEDEIROS FREIRE, 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. Luii Pablo Freire
Ortopedico / Traumatologo
Cirurgico de 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. Edigl Pablo [signature]
Ortopédico / Traumatólogo
Clínica do Jequitibá
CRM-E 22442/EDP

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: THIAGO PAULO DE SANTANA

DOC. DENTENDO/ORG. BANCO/IF

5813300 800 PE

DT-

DATA EMISSÃO:

033.060.654-98 24/04/1983

PLACAS:

NAO DECLARADO

CAT. M8

AD

VALORADA TERMO
INTERESSADO AUTORIZOU
101799660



00653983872

VALIDADE:

26/12/2013 17/06/1999

OBRAÇÕES:
sem observações



VALORADA TERMO
INTERESSADO AUTORIZOU
101799660

LOCAL:

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO:

26/12/2013

44286435498

PE242794005

DETTRAN - PE / PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PE N° 014803813350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	158428043	RHF0665	2019
NOME			
THIAGO PABLO DE SANTANA			
CAMARAGIBE-PE			
CPF / CNPJ	PLACA		
033.060.654-98	RHF0665		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
+++++ / PE	9C2KD04209R021640		
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLISTA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MÓD.	
HONDA/XR150 BROS ES	2009	2009	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/145CL	PARTIC	BRANCA	
I P V A	COTA ÚNICA IPVA 2019 QUITADO	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	1º ***** 2º ***** 3º *****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.58
DATA DE PAGAMENTO			
13/03/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
SOCIAL		DATA	
CAMARAGIBE		16/03/19	
Roberto Teófilo Moreira Gonçalves			
DIRETOR EXECUTIVO DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTEADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE N° 014803813350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

THIAGO PABLO DE SANTANA

54756-274

EST ALDEIA EM 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

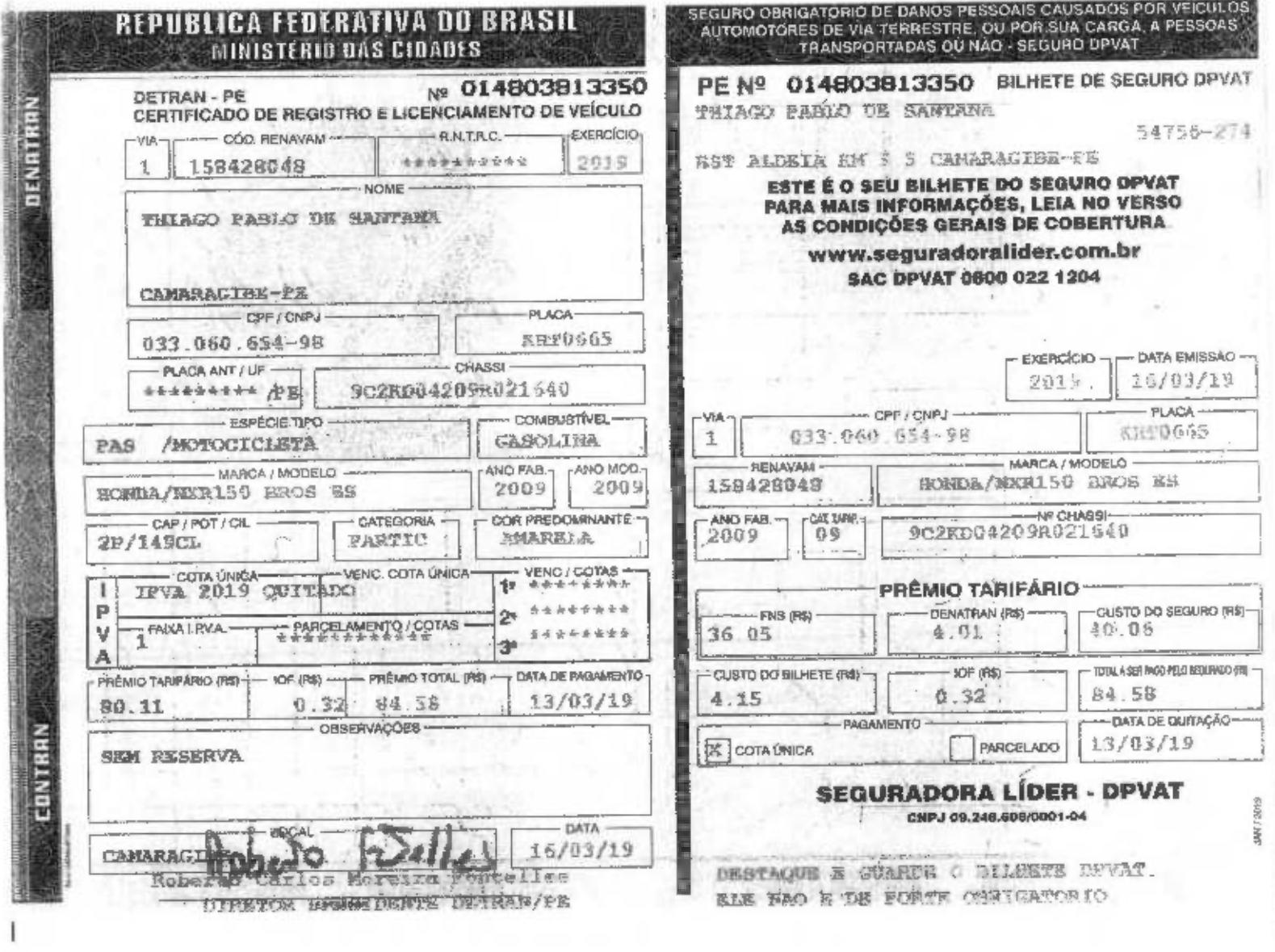
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2019	16/03/19	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	033.060.654-98	RHF0665
RENAVAM	MARCA / MODELO	
158428043	HONDA/XR150 BROS ES	
ANO FAB.	DATA TAREFA	Nº CHASSI
2009	09	9C2KD04209R021640
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNB (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05	4.11	40.05
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15	0.32	84.58
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO
		13/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
É O BILHETE DE SEGURO OBRIGATÓRIO







Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Thiago Pablo de SantanaDATA DO ACIDENTE 05/06/2017 CPF DA VITIMA 033.060.654-98PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Andrea Maria Santana da SilvaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA È ProcuradorENDERECO DO PORTADOR R. CONEGO SOSE FERNANDES MARINHOSNº 233 COMPLEMENTO 04502 BAIRRO VARZEACIDADE Recife UF PE CEP 50.970-030E-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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- MA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS 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)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL È QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉNOR, 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS 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 È QUEM REPRESENTA A VITIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- | | |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • MORTE - R\$ 11.500,00 • 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 È 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE 3.696.087 SSP/PEASSINATURA Andrea M. S. Santana da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Titular do CPF: THIAGO PABLO DE SANTANA

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRÉA MARIA SANTANA DA SILVA

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 istituição hapvida, porem a acrencia nao cobria po tratamento do mesmo,assim que possivel a cobertura total,foi feita uma recossonânciia 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 idenizacão 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