

GENTE SEGURADORA S/A

CNPJ n.º 90.180.605/0001-02

Matriz: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 - Porto Alegre - RS - CEP 90020-060

PHONE/FAX: (51) 3027-8888 - OUVIDORIA 0800 607 0888

www.genteseguradora.com.br



Gente
Seguradora

AVISO DE SINISTRO DPVAT

TIPO DE PROCESSO

PROCESSO NOVO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

Nº DO SINISTRO

COBERTURA RECLAMADA: MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA MÉDICA

1. DADOS DO RECLAMANTE

QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

VÍTIMA BENEFICIÁRIO PROCURADOR REPRESENTANTE LEGAL

NOME DO RECLAMANTE: Thiago Henrique S. de Jesus

CPF: 110 500.444-95 ENDEREÇO: 12 - MANOEL SALVADOR SOUZA Nº: 214,

COMPL.: — CEP: 54.774-050 BAIRRO: Alberto Mair

CIDADE: GAMARÃE ESTADO/UF: PERNAMBUCO

TELEFONE DE CONTATO: (81) 9.8403-0777 e-mail: —

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA: — / — / — Nº DO BOLETIM: —

DELEGAÇÃO: — ESTADO/UF: —

DATA DO SINISTRO: 08/10/2015

SITUAÇÃO DA VÍTIMA: TRANSPORTADO NÃO TRANSPORTADO MOTORISTA

VEÍCULO IDENTIFICADO? SIM NÃO PLACA: — TIPO DE VEÍCULO: —

3. DADOS PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

TIPO DE CONTA: CONTA CORRENTE CONTA POUPANÇA BANCO: —

Nº DA AGENCIA: — Nº DA CONTA: —

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME COMPLETO: — DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CIC/CPF: — ENDEREÇO: — CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

COMPL.: — CEP: — BAIRRO: — 01 NOV 2016

CIDADE: — ESTADO/UF: — Gente Seguradora S/A

TELEFONE DE CONTATO: (—) e-mail: Av. Rio Barbosa, 715 - Lote 5
Graciosa - Rio de Janeiro - RJ

O RECLAMANTE declara estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

Recife, 26 de outubro, 2016
LOCAL E DATA

* Thiago Henrique Sílvia de Jesus
ASSINATURA DO RECLAMANTE

NOSSOS ENDEREÇOS	GENTE SEGURADORA - PORTO ALEGRE	GENTE SEGURADORA - SÃO PAULO/SP	GENTE SEGURADORA - FLORIANÓPOLIS/SC	GENTE SEGURADORA - RIO DE JANEIRO/RJ	GENTE SEGURADORA - CURITIBA/PR	GENTE SEGURADORA - BELO HORIZONTE/MG
Av. Carlos Gomes, 590 - Boa Vista	Av. 2 de Maio, 432 - Centro	Rua André Velloso, 430, Lapa - Centro	Rua São Pedro, 100, Lapa - Centro	Alameda Dr. Carlos de Carvalho, 102 - Centro	Avenida Brás 2. 934, Ed. 207 - Funcionários	Avenida Brás 2. 934, Ed. 207 - Funcionários
CEP: 90140-000	CEP: 01200-000	CEP: 88010-750	CEP: 49000-002	CEP: 22245-100	CEP: 81040-006	CEP: 30130-006
Fone: (51) 3027-8888 / (51) 3027-8875	Fone: (010) 254-3477	Fone: (11) 3214-9216 / (11) 3214-9207	Fone: (46) 3294-4553 / (46) 3294-4445	Fone: (21) 2276-4044 / (21) 3219-1345	Fone: (61) 3235-1000 / (61) 3235-1000	Fone: (61) 3235-1000 / (61) 3235-1000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE Perna DIREITA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das INVALIDEZ PARCIAL / MI DIREITO: 25% DE 70%

sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

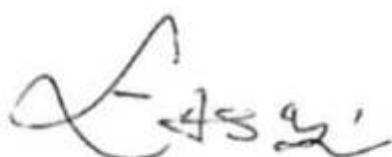
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150904399 **Cidade:** Tamandaré **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE Perna Direita

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia e fíbula do membro inferior direito.

Descrição do exame Limitação da adm do joelho a flexo extensão, deformidade em varo, discreto encurtamento em relação ao membro
médico pericial: contra-lateral, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.

Não houve complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FX DE TIBIA E FIBULA DO MEMBO INFERIOR DIREITO.

Descrição do exame LIMITACAO DA ADM DO JOELHO A FLEXO EXTENSAO, DEFORMIDADE EM VARO, DISCRETO ENCURTAMENTO EM
médico pericial: RELACAO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REDUÇÃO DA ADM DO MEMBRO, DEFORMIDADE E ALTERAÇÃO A MARCHA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/04/2018

Conduta mantida: Sim

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS** Sinistro: **3150904399** Data: **08/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CEARA, 214 - ALBERTO MAIA - Camaragibe - PE - CEP 54774-050**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** /PE] **8014685**

Data local do exame: [**10/11/2015**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta dos ossos da perna direita. Ao exame vítima apresenta marcha claudicante. Encurtamento do membro inferior direito. Edema residual. Bloqueio dos movimentos do joelho e tornozelo direitos.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Submetido a tratamento cirúrgico com limpeza mecanica cirúrgica e osteossíntese com placa e parafusos. Cirurgia sem intercorrências.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(**X**) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em **60** dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Antonio Henrique Moreira - CRM: 2445 - PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160665883 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS **Data do acidente:** 08/08/2015 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia e fíbula do membro inferior direito.

Descrição do exame Limitação da adm do joelho a flexo extensão, deformidade em varo, discreto encurtamento em relação ao membro
médico pericial: contra-lateral, marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Osteossíntese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.

Não houve complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do MID.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Victor Ramires Reynaux Borba

CRM do médico: 021266

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2015

Carta nº: 8045721

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2015

Carta nº: 8117157

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2015

Carta nº: 8166315

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3150904399
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2016

Carta nº: 9994084

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2016

Carta nº: 10043612

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vítima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

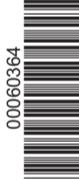
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta n°: 10108183

A/C: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Sinistro: 3160665883 ASL-1137334/16
Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Data Acidente: 08/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 0000055329-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Nº Sinistro: 3160665883

Vitima: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Data do Acidente: 08/08/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3160665883**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Thiago Henrique S. de Jesus,

POR(DA) DO RG Nº 8.014.685 EXPEDIDO POR SOS - PE EM 20/03/06 E

CPF (105)00444-95 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO RECUSA.

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEP. SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 1000 - Centro - PE

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3017 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 55329-0

013
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECIFE 26 de outubro de 2016.

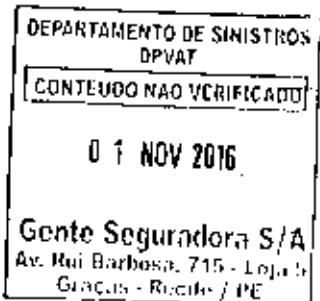
LOCAL E DATA

Thiago Henrique Silveira de Jesus

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3160665883
Nome do(a) Examinado(a): Thiago Henrique Silva de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Salu de Souza, 214 B
Estacao Nova Camaragibe PE CEP: 54774-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 06311093145
Data local do acidente: [08/08/2015]
Data local do exame: [26/04/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FX DE TIBIA E FIBULA DO MEMBO INFERIOR DIREITO.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: OSTE OSSINTE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NAO HOUVE.

Data da Alta: AGOSTO/DE/2016

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITACAO DA ADM DO JOELHO A FLEXO EXTENSAO, DEFORMIDADE EM VARO, DISCRETO ENCURTAMENTO EM RELACAO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITACAO DA ADM E CLAUDICAÇÃO A MARCHA.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

(X) 50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
 SaudaSEG
CRM/PE - 21266

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Thiago Henrique Silva de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Manoel Salú de Souza, 214 B
Estação Nova Camaragibe PE CEP: 54774-050
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 06311093145
Data local do exame: [19/11/2016] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- Fratura exposta de tibia e fibula do membro inferior direito.**
Limitacao da adm do joelho a flexo extensao, deformidade em varo, discreto encurtamento em relacao ao membro contra-lateral, marcha claudicante.
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
- Sim Não
- Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
- Sim Não
- Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- Limitacao da adm do membro, deformidade no membro e alteracao a marcha.**
Data da alta: Agosto de 2015.
Osoteossintese com placa e parafusos. Fisioterapia posteriormente.
Complicações: Nao houve.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
- Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitacao da adm do joelho a flexo extensao, deformidade em varo, discreto encurtamento em relacao ao membro contra-lateral, marcha claudicante.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

“Vítima em tratamento” “Sem sequela permanente”
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
 “Exame não permite conclusão” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
Membro inferior - Direito
% do dano: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completo % do dano: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completo % do dano: 10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Victor Borba

Dr. Victor Borba
CREMEPE 21266

45203/16
31/10/2016



BORRACHAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **15E0169000468**

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/10/2015** às **16:54**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/8/2015** às **10:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO - Bairro: DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO FERREIRA LIMA (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO FERREIRA LIMA

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

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **ROSELMA RITA DA SILVA** Pai: **CELSO JOSE EDEIROS** Data de Nascimento: **24/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8014695/SDS/PE (RG), 11050044495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CEARA, 214, ALBERTO MAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO FERREIRA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **N D** Pai: **N D** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075, APTº 402 - CEP: 52050020 - Bairro: AFLITOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Detalhes/Observações: **VEICULO EM NOME DE ANTONIO FERREIRA LIMA END. AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN4440** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **93991856** Chassi: **9C2JC30708R065636**
Descrição: **FAN**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Nao**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)**

Placa: **PGP0798** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **589867830** Chassi: **9BHBH51DREP18775**
Descrição: **HB20 1.6A PREMI**

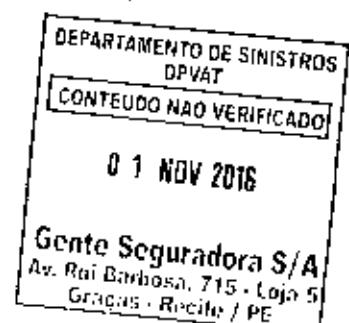
Complemento / Observação

COMPARAÇEUCO O SR. THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, RELATA O MESMO QUE NO DIA 08 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, QUANDO O MESMO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO HONDA PELA RUA DR. JOSE MARIANO, NAS IMEDIAÇÕES DA MADER CENTER , NO BAIRRO DOS COELHOS, QUE O VEICULO HD20 SAIU DO ESTACIONAMENTO DA MADER CENTER ENVADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCARRECIMENTO N° 517409/2015. CASA AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE.

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

B.O. registrado por: **PEDRO ALVES DA SILVA** - Matrícula: **1597833**

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS / CPF: 110.500.444-95
**THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS*



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



00001

997

Eu, Thiago Henrique S. de Jesus, portador da carteira de identidade nº 8.014.685 e inscrito no CPF/MF sob o nº 110.500.444-95, residente e domiciliado na RUA CEARÁ, 214 b, ALBERTO MARIA, Cidade CAMARABÉ, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

+ Thiago Henrique Silva de Jesus

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife 26, dia outubro 2016

Local e data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



RECIFE
PREFEITURA DO RECIFE



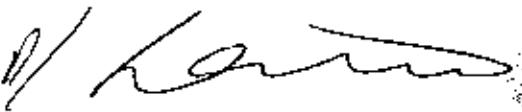
Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

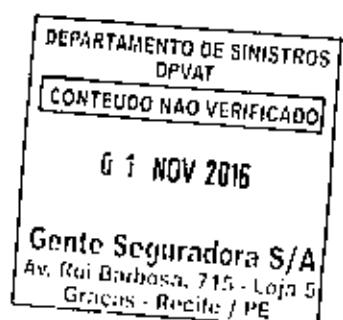
DA N°. 044.09.2015
EM: 15.09.2015

Atendendo ao requerimento do Sr. **FABIANO PEREIRA BARBOSA**, portador da Carteira de Identidade RG nº **6330222** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.002.094-61**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência N° **S- 32232**, que no dia 08 de agosto de 2015, do paciente Sr. **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, portador da Carteira de Identidade RG nº **8014685** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **110.500.444-95**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 10h12, vítima de colisão envolvendo moto, no Cais José Mariano, nas imediações da Mader Center, no bairro Coelhos, em Recife-PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.

Recife, 15 de setembro de 2015.


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

Carlos Eduardo Mamede
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano do Recife
192 Mat.92.548-9



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000055329-0

Nr. da Autenticação 7FC54AB3E459FE05

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Thiago Henrique Soza de Jesus

Foi atendido às _____ hs do dia 06/08/15

Diagnóstico Provável: Paciente com enteira
mistorse com quadro febre
exposta de empo de ferro (D), fundo
olhado com borramento

CTE: 582

Tratamento Realizado: Paciente submetido a
exame de sangue e urina, ferro, febre
estabilizada e alta do sintoma.

Observação: AO ambulatório de Diagnóstico
15 dias - Medidas para recuperação.

Cópia de: Dr. Carlos Magno da S. Chaves
Ortopedista e Traumatologista
Medicina Geral

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 517409/2015

NOME: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às 10h51 do dia 08.08.2015

Diagnóstico provável: Fratura exposta de ossos de
Tíbia e Perna direita.

(Acidente de moto)

Tratamento realizado: Ornegaia da Fratura exposta
da Tíbia direita em 08-08-2015.
Exames complementares.

Obs. ALTA - 11-08-2015

Tratamento feito Sair. Acidente de trabalho.
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SAMU
CRM: 4893

MÉDICO - CRM No.

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS,
ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

PRÓTESE

FATURADO

PRÓTESE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

60118

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Número do Registro

517409

Data e Hora de Atendimento:
08/08/2015 10:51Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Atendimento Manual:

Cod. Paciente: 1505327 Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Data de nascimento: 24/11/1991

Idade: 23a 8m 14d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

DOC ID / Data expedição

Mãe: ROSELMA RITA DA SILVA

Cartão SUS: 707004802767139

/

Pai: CELSON JOSE MEDEIROS DE JESUS

Número 214

Endereço: RUA CEARA-MIRIM

Complemento:

Bairro: ALBERTO MAIA

Cidade: CAMARAGIBE

UF: PE Telefone: 34587725

Ocorrências:

Unidade Sintética de Trauma
Acidente de Trabalho

Ótico do atendimento: ACIDENTE DE TRABALHO / ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social:

08/08/2015 - Paciente curvado, com dor

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta Caso Social Encaminhamentos: Rede de Apoio GPCA Cons. Tutelar Delegacias Minist. Pùblico Outros

Observação:

Unidade Sintética de Trauma
Acidente de Trabalho
08/08/2015

Assistente Social

História Clínica:

Bicicleta de moto com trauma em placa
há 1h.Ferimento na retina. D
Nega Derramo, Vento.

Atendimento Médico:

Perda de consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Transporte realizado Por:Imobilização Cervical: Sim Não Sofreu Queda: Sim Não Altura:Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea está pélvica: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp:

B: Respiratório

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

C: Circulatório

PA:

X

mm

Pulso:

01 NOV 2016 bpm

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HPR
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

D: Exaérte Neuroológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal Escore: _____ Hora: _____	Glasgow: Resposta Motora Escore: _____ Hora: _____



E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Fract. exposta de fíbula ②

Cod. Procedimento

Conduta:

Rx: Perna ②, Bacia
cefotína 2g + AD in 12h
Traumofix + band FCG ②

Ass. Médico

Ass. Enfermagem

Evolução de Enfermagem:

Definição do Caso:

Condição de Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

 Curado Melhorado

Internado na Clínica:

 Inalterado Piorado

Transferido para:

 Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Número do Registro

D: Exame Neurológico	Deficiência motora: <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas	
Glasgow: Abertura Ocular Escore: <input type="checkbox"/> Hora: <input type="checkbox"/>	Glasgow: Resposta Verbal Escore: <input type="checkbox"/> Hora: <input type="checkbox"/>	Glasgow: Resposta Motora Escore: <input type="checkbox"/> Hora: <input type="checkbox"/>

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Fract. exposta da盆腔 (D)

Cod. Procedimento

Conduta:

*Rxi Perme (D), Faccia
cefalotina 2g + AD IV 12.12
Transf 500ml 100ml FC, S/infecção*

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica:

Transferido para:

Condição de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade da alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 08-Aug-15

PROTESE
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Thierry Alcântara Silva de Jesus

Foi atendido às _____ hs do dia 00/09/15

Diagnóstico Provável: Ortopedia e Traumatologia
Fratura de espinha lombar (L3), com dor
intensa de dor e dor de referência
com limitação de movimento

ED = 582

Tratamento Realizado: Ortopedia e Traumatologia
curva de dor de dor de referência
intensidade de dor forte e constante

Observação: ao exame físico se observou
lumbago
intensidade de dor de referência

Cópia de: Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256

Médico - CRM nº

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2016

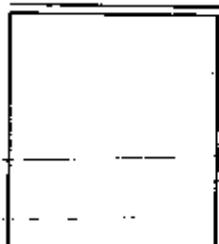
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39



Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/11/1991
Sexo: --- Masculino
Idade: 23
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAI OE VOMITOS

Observação: PA 130 X 80
HGT - 112
SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA
Data: 08/08/2015 10:39

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39

	Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 24/11/1991
	Sexo: Masculino
	Idade: 23
	Senha: U0018
	Convênio: -
	Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAI OE VOMITOS

Observação: PA 130 X 80

HGT - 112

SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA

Data: 08/08/2015 10:39



Estrada do Encanamento, 61 - Parauapebas
CEP: 62.060-210 - Parauapebas - PA
CNPJ. 24.081.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (65) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (65) 3269-6781

CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA

(RQ-06)

Nº 035594

I⁺ Via Fixa

Hospital _____ Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus Data da Cirurgia: 01/01/2024

Médico: Dr. Adolfo Telles Membro Operado: Almeida 6

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

601-8

EVOLUÇÃO CLÍNICA

08/08/15 SRA. Primo

Pct no POI de prostase com quebra de pequeno aperto de tíbia D, admitido em um ambiente, sem bebida espontânea, consciente, orientado, em pronto serviço.

Sp O₂ 99,6

Cd. Alto do SRPA

Dr. Rafael Magalhães
Cirurgia Vascular
CREMEPE 23391

08/08/15: Pct admitido no SRPA no POI de fratura de tíbia D, 66h, consciente, orientado, AVP use. Alto do SRPA e trans-
mência p/ 601-8.

Dr. Monique Alves

CD: 508

8:40: Admitido na Traumatologia, consciente
orientado POI de Tíbia D, AVP/use p/ hidratação +
antibiotica terapia.

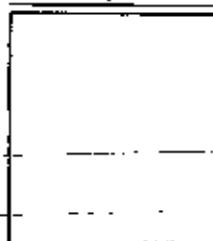
Dra. Cândida B. Araújo
Enfermeira
CREMEPE 272293

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/08/2015 10:39



Nome Paciente: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/11/1991
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: U0018
Convênio:
Atendimento:

08/08/2015 10:39 - SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA - COREN: 107126 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO POR COLISAO COM CARRO HA CERCA DE 40 MINUTOS
COM FX EXPOSTA EM MID , NEGA DESMAIO E VOMITOS

Observação:
PA 130 X 80
HGT - 112
SAMU RECIFE

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 7

Acolhido(a) por: SIMONE BORGES DE ASSIS ARRUDA
Data: 08/08/2015 10:39

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

DATA: 11/08/2015

HD: FRATURA EXPSOTA DE TIBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA
3. ALTA HOSPITAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
01 NOV 2016
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Gracás - Recife / PE

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

DATA: 10/08/2015

HD: FRATURA EXPSOTA DE TIBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA

Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRMESP 23256

EVOLUÇÃO MÉDICA: TRAUMATOLOGIA

NOME: THIAGO

ENF: 601.8

REGISTRO: 1505327

DATA: 11/08/2015

HD: FRATURA EXPSOTA DE TIBIA D

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL. SEM QUEIXAS

CONDUTA:

1. AGUARDO EXAMES COMPLEMENTARES
2. DEMAIS MANTIDA
3. ALTA HOSPITAL

*Dc. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23256*

FICHA DE ANESTESIA

Data
01/10/18 11:15

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HISTÓRICO CLÍNICO

PERNAMBUCO
SISTEMA DE ESTATÍSTICAS

Paciente

THIAGO HELMUTO LIMA DE JESUS

Sexo: M Cor: Brx Idade: 23a Risco: 11.5

CRM: 181604 Nome do Anestesista: Hélio Lúcio

Nome do Cirurgião:

Medicação Pré-anestésica:

PRONTO: 1505324

Urgência: Não Sim

Cirurgia

Horário

15:30h

16:30h

17:30h

18:30h

O₂

O₂

O₂

O₂

Atm

Atm

Atm

Atm

SEVO

SEVO

SEVO

SEVO

FENTANIL

FENTANIL

FENTANIL

FENTANIL

Líquidos

Líquidos

Líquidos

Líquidos

SE

SE

SE

SE

SE

SE

SE

SE

100

100

100

100

100

100

100

100

33

34

33

34

34

34

34

34

RSE

</

PACIENTE Thiago Henrique Silveira JúniorCIRURGIA Fratura exposta de tubitoREGISTRO 1505327data 08/08/15 CIRCULANTE Marli

QUANT	MATERIAL	QUANT	MATERIAL	QUANT	MEDICAÇÃO	QUANT	MEDICAÇÃO
1	Ajalha 25x07		Fio prolene s/a		Adrenalina		Metoclopramida (plasil)
1	Ajalha 40x12		Fio de seda		Água destilada 10ml		Naloxona (narcan)
1	Ajalha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaína
1	Ajalha de bloqueio()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
1	Atad. Crepe		Fita cardiaca		Antibiótico		Pancurônio
1	Atad. Gessada	1	Gaze		Antibiótico		Pomada oftálmica
1	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
1	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº (613)		Bicarbonato de sódio		Ranitidina
1	Cat. Subclávia		Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
1	Cat. venopunção nº	1	Luva cirúrgica 7.5		Cetoprofeno		Sevorane
1	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica 8.0		Decadron		Soro fisiológico
1	Cera óssea		Luva de procedimento		Dexametasona		Soro fisiológico
1	C. de urina fechado()aberto()		Seringa insulina () 5cc ()		Diazepan		Soro glicosado
1	Compressa cirúrgica		Seringa 10cc () 20cc ()		Dipirona		Soro Ringer 500ml
1	conexão 2 vias		Sist. de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelçin)
1	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracriun
1	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
1	Eq. De soro	1	Sonda nosogástrica nº (4)		Etilefrina (lefortil)		Vitamina K
1	Fio cromado 2.0	2.0	Sonda uretral nº ()		Fenitoína (hidantol)		Xilocaina c/a
1	Fio cromado 3.0	3.0	Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina s/a
1	Fio de aço	1	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
1	Fio de aço				Gelafundin		Xilocaina geléia
1	Fio de algodão c/a				Glicose 10ml		
1	Fio de algodão c/a				Gluconato de sódio		
1	Fio de algodão s/a 7.0	7.0			Heparina		
1	Fio de algodão s/a				hidrocortisona		
1	Fio de nylon 2.0	2.0			Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3.0	3.0			Isoflurano		
1	Fio prolene c/a				Lanexat (flumazinil)		
1	Fio prolene c/a				Manitol		
1	Fio prolene s/a				Meperidina (Dolantina)		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURACÃO



PREScrições, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
④ Nitro. VO 100 mg. dia 100 mg. dia. 1/2 dose descontinuo			
⑤ Iver. IV 100 mg. 1/2 dose			
⑥ PRF 1.000 Ureg. 1K. 1000 24 h			
⑦ cefazolinica 1 g - 01 ml/10 + AD, 1K. 6/6 h			
⑧ foliculolitico 50 Ureg. 03 ml/10, 5F 0,9% 250 ml; IV, 1x ao dia			
⑨ NV navel 1 g - 01 ml/10, +D, IV, 6/6 h.			
⑩ Tiazolid. 100 Ureg - 01 ml/10 + 5F 0,9% 100 ml/10 IV, P/P 1h			
⑪ D 100 mg. 40 Ureg - 01 jelly 100 mg. 100 ml/10 IV ⑫ P 100 mg. 10 Ureg - 01 ml/10 1ml, 1/2 h. + P			

CUIDADOS

- ⑩ Chiotoxa are MIB
ex no dir.

⑪ Fixotoxa MIB
lures visitors + converges (n)

⑫ MIB elevates

⑬ wide distribution

⑭ infective

⑮ SS VR + C146

ASSINATURA DO MÉDICO

Marcelo Kaut C. Torres
Médico
CRM-PE 204740

NOME DO PACIENTE	ENFERMEIRO	REGISTRO N.
Tuárga Hussigas F. de Jesus	603-8	513409
DIA 8/8/85	DIA 11/8/85	DIA _____
DIA _____	DIA _____	DIA _____

Obs: paciente foi encaminhado
com prescrições antigas
e foi medicado com salvo

COD. 0124

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : Thiago Henrique Riva de Jesus Nº do Registro : 150 5327

Clinica : TRAUMATI Nº do Leito :

Operador : Dr. Adauto

1º Assistente : Dr. Mancio

2º Assistente : Dr. Deborah

Instrumentador : —

Anestesista : Dr. Maria Lúcia

Anestesia : Geral

Duração :

Data da Operação : 08.08.15 Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : fratura exposta de tibia (B)

Diagnóstico Pós-Operatório :

Operação Proposta : Tratamento cirúrgico de fx exposta de tibia

Operação Realizada :

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) paciente em DDH, sob anestesia geral. (2) Assepsia, antisepsia e aposição de campos estériles. (3) Ampliação de ferida inicial (4) Incisão proximal e distal à inicial. (5) lavagem abundante com soro fisiológico. (6) Deslizamento de placa ICP 4,5 em ponte (7) Fixação com 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais. (8) lavagem com soro fisiológico. (9) Aproximação de planos musculares com Vicryl 2-0 (10) Sutura de pele com nylon 3-0. (11) curativo.

2016-08-08
Time
CRIT-PE-201603

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus Nº do Registro: 150 532-7

Clinica: TRAUMATR Nº do Leito:

Operador: Dr. Adauto

1º Assistente: Dr. Marcelo 2º Assistente: Dr. Deborah

Instrumentador: — Anestesista: Dr. Maria Lúcia

Anestesia: Geral Duração:

Data da Operação: 08.08.15 Início: Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: fratura exposta de tibia (D)

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico de fx exposta de tibia

Operação Realizada:

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

(1) paciente em DDM, sob anestesia geral. (2) Assepsia, antisepsia e aposição de campos estériles. (3) Ampliação de ferida inicial (4) Incisão proximal e distal à jinuá (5) lavagem abundante com soro fisiológico. (6) Desbridamento de placa, ICP 4,5 em plante (7) Fixação de 3 parafusos proximais e 3 parafusos distais. (8) Lavagem com soro fisiológico. (9) Aproximação de planos musculares com Vicryl 2-0 (10) Sutura de pele com nylon 3-0. (11) curativo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2016

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 - Loja 5
Graciosa - Recife / PE

000-0191

REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Thiago Henrique Salva REGISTRO: 1505327IDADE: 23 ANOS SEXO: M() F()SETOR DE PROCEDENCIA: União Pública

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Dr. MarinhoANESTESISTA: Mo. Lacerda

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ENFERMEIRA:

IndústriaCIRCULANTE: marinho

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Fratura - Fissura de tibia INICIO 15:40 TÉRMINO 18:10TIPO DE ANESTESIA: General INICIO: 15:30 TÉRMINO:

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () SÁBIO () NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE () ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA () ENTUBADA () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA _____ PULSO _____ PA _____

PELE: INTEGRA () LESIONADA () CEREBRO: ESPONTÂNEA () SONDA () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: _____ PERTINÊNCIAS: _____

PREPARO PARA CIRURGIA: BALHO FRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: POWELL () LATERAL () DORSAL () NEUTRAL () GINECOLOGICAL () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO () LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: 17 FINAL: _____ CONTROLE DE PERFUROS: FIO ADELHADO: NÃO _____ FIM: _____

ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO () QUAI: _____ HORA: _____ PREENCHEU COTA: SIM () NÃO ()

GARROTEAMENTO: SIM () NÃO () TEMPO DE GARROTE: INICIO: _____ FINAL: _____

CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: _____ CONFERIDO POR: _____ HORA: _____

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR () OXIMETRO () CAPNOGRAFO () PNI () ASPIRADOR MONTADO () MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELÉTRICO () MICOSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR () BOMBA DE INFUSÃO () DIFRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()

INSTRUMENTAIS CONSIQUINADOS SIM () NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: _____ MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____ IDENTIFICADO POR: _____

CULTURA: SIM () NÃO () EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO () GASOMETRIA: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()



LAUDO RADIOLÓGICO

Nome do Paciente: Thiago Henrique Silva de Jesus

Registro: Nº 285

Exame Realizado: Perna Direita AP e Perfil/ Joelho Direito AP e Perfil

Médico(a) Solicitante:

Convênio: Prefeitura de Camaragibe

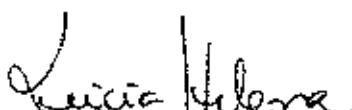
Perna Direita AP e Perfil

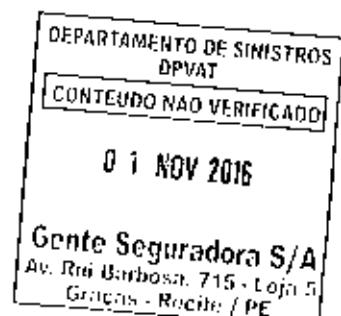
- Sequela de fratura no terço médio da tibia direita.
- Relações articulares mantidas.
- Tecidos moles sem alterações.

Joelho Direito AP e Perfil

- Estrutura óssea com morfologia e textura preservada.
- Relações articulares mantidas.
- Tecidos moles sem alterações.

Camaragibe, 21 de Outubro de 2015


Dr. Lúcia H. V. Lemeira
Médica Radiologista
CREMEPE 7660



RADIOLOGIA GERAL – MAMOGRAFIA – ENDOSCOPIA

Av. Dr. Belmino Correia, 757, Lj. 19
Piso Inferior – Shopping Camaragibe
Centro – Camaragibe/PE – CEP: 54762-303
Fone: (81) 3456-0242
www.radclin.com.br
radclin@radclin.com.br

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Documento médico hospitalar
00064

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ABR 2018

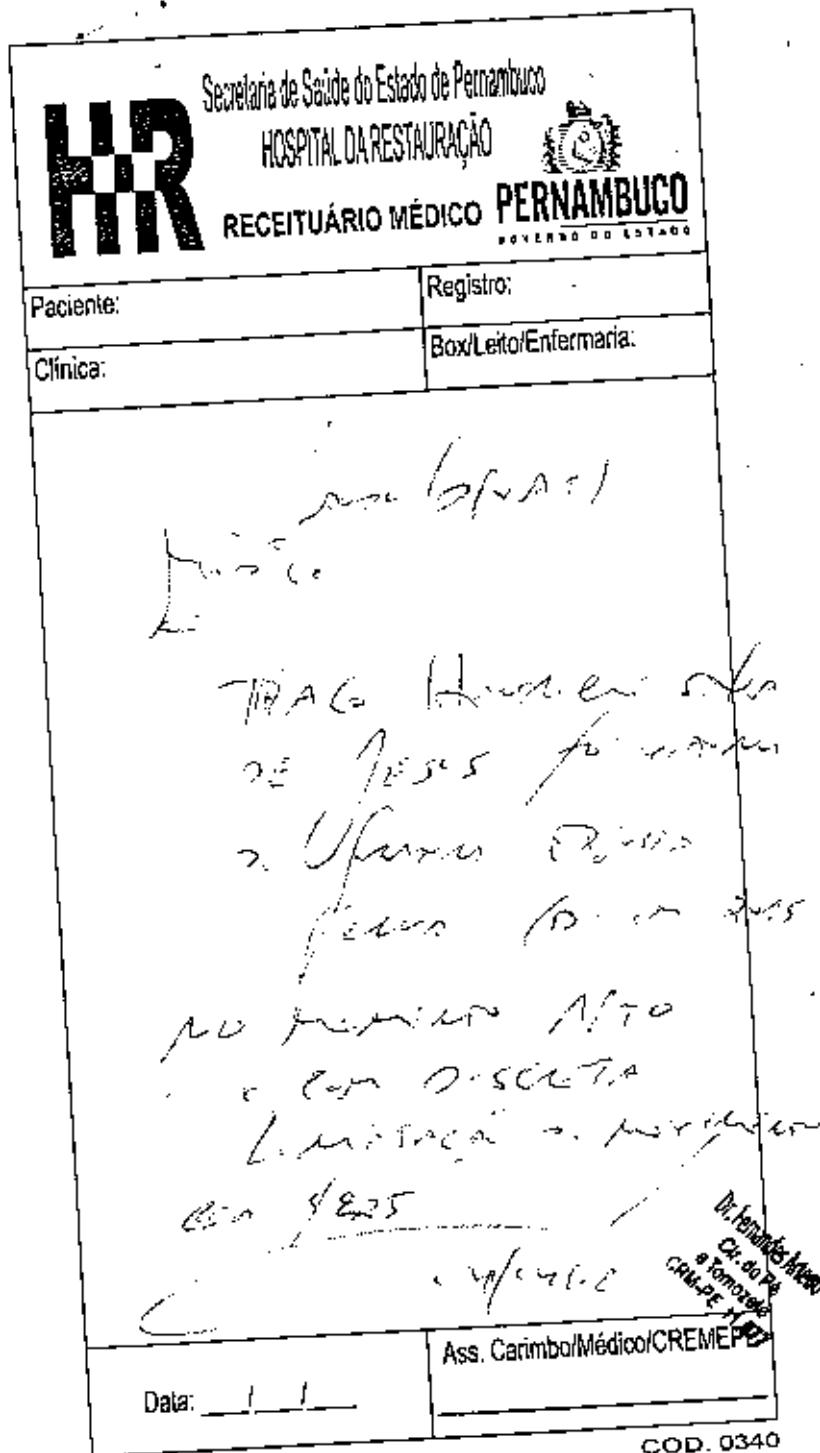
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 ABR 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Ass. Carimbo/Médico/CREMPE
Data: 11/04/2018

COD. 0340

Dr. Fernando Moraes
CRM-PE 11111
C.R. do P.R. 11111



DOCUMENTO 1



T1%



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 079ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAMANDARÉ - DP79ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **15E0169000468**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/10/2015** às **16:54**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **8/8/2015** às **10:12**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 1, CAIS JOSE MARIANO** - Bairro: **DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO NUMERO 539**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO FERREIRA LIMA (AUTOR \ AGENTE)
THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO FERREIRA LIMA

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

THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSELMA RITA DA SILVA** Pai: **CELSO JOSE ,EDEIROS** Data de Nascimento: **24/11/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8014695/SDS/PE (RG), 11050044495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VENDEDOR(A)**
Endereço Residencial: **RUA CEARA, 214, ALBERTO MAIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANTONIO FERREIRA LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N D** Pai: **N D** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **AVENIDA CONSELHEIRO ROSA E SILVA, 2075, APTº 402 - CEP: 52050020 - Bairro: AFLITOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLN4440** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **93991856** Chassi: **9C2JC30708R065636**
Descrição: **FAN**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO FERREIRA LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGP0798** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **589867830** Chassi: **9BHBH51DREP18775**
Descrição: **HB20 1.6A PREMI**



Complemento / Observação

COMPARECEU O SR. THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS, RELATA O MESMO QUE NO DIA 08 DE AGOSTO DO CORRENTE ANO, QUANDO O MESMO ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTO HONDA PELA RUA DR. JOSE MARIANO, NAS IMEDIACOES DA MADER CENTER , NO BAIRRO DOS COELHOS, QUE O VEICULO HD20 SAIU DO ESTACIONAMENTO DA MADER CENTER ENVADINDO A RUA DR. JOSE MARIANO, O QUAL TEVE FRATURA EXPOSTA DA TIBIA CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO N° 517409/2015. CASA AFETO A DELEGACIA DE ACIDENTE.

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

B.O. registrado por: **PEDRO ALVES DA SILVA** - Matrícula: **1597833**



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Thiago Henrique Sírva de Jesus, portador da carteira de identidade nº 8.014.685 e inscrito no CPF/MF sob o nº 110.500.444-95, residente e domiciliado na Rua CEARÁ, nº 214, ALBERTO MARIA, Cidade CAMARAGIBE, Estado PERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 2 *T2%*



JROS

22 OUT 2015

THIAGO HENRIQUE SÍRVA DE JESUS

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 14 de outubro de 2015

Local e data



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 044.09.2015
EM: 15.09.2015

DOCUMENTO 3

T3%



Atendendo ao requerimento do Sr. **FABIANO PEREIRA BARBOSA**, portador da Carteira de Identidade RG nº **6330222** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **047.002.094-61**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência Nº **S- 32232**, que no dia 08 de agosto de 2015, do paciente Sr. **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**, portador da Carteira de Identidade RG nº **8014685** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **110.500.444-95**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 10h12, vítima de colisão envolvendo moto, no Cais José Mariano, nas imediações da Mader Center, no bairro Coelhos, em Recife-PE e, em seguida, sendo encaminhado para o Hospital da Restauração.
Recife, 15 de setembro de 2015.

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

Carlos Eduardo Macedo
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU SAMU Metropolitano do Recife
192 Mat.92.548-9

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Thiago Henrique Silva de Jesus,

RG nº 8.014.685, data de expedição 02/03/15, Órgão SOS IPÉ,

CPF nº 110.500.444-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CEARÁ</u>
Número	<u>214</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ALBERTO MAIA</u>
Cidade	<u>CAMARAGIBE</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>54774-050</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9.8653-2512</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 14 de outubro de 2015

ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

Assinatura do Declarante: THIAGO HENRIQUE S. DE JESUS

3010063998810102015

DATA DE RECEBIMENTO

DATA DE RECEBIMENTO



DEVOLUÇÃO		REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL		ENDERECO PARA
<input type="radio"/> MUDOU-SE	<input type="radio"/> N EXISTE O N.	<input type="radio"/> REINTEGRADO	<input type="radio"/> Responsável - Visto	Av. Heráclito Grapa, 406 - Centro
<input type="radio"/> ENQ. INSUF.	<input type="radio"/> NÃO PROCURADO	<input type="radio"/> FALECIDO	<input type="radio"/> Data	CEP: 60140-061 - FORTALEZA-CE
<input type="radio"/> DESCONHECIDO	<input type="radio"/> RECUSADO			FONE: (85) 3255-0099
<input type="radio"/> AUSLENTE				FAX: (85) 3255-0099

<http://www.hapvida.com.br>

MANTENHA EM DIA A SUA SAÚDE E A DA SUA FAMÍLIA NÃO PERCA A CARÊNCIA QUE VOCÊ JÁ CONQUISTOU. NÃO DEIXE SEU PLANO SER CANCELADO.

Seu boleto de pagamento ainda não chegou?

- Imprima a 2ª via do boleto:
 - Site www.hapvida.com.br
 - Terminal de autoatendimento da unidade Hapvida mais perto de você.

Perdeu o prazo de pagamento do boleto?

- Seu boleto continua válido mesmo depois da data do vencimento. Não deixe de pagá-lo para evitar cancelamento do plano de saúde.
- Atenção: Seu contrato pode ser cancelado se atingir 60 dias de atrasos, consecutivos ou não, cumulativamente nos últimos 12 meses, de acordo com o Art. 13, Parágrafo Único, II, da Lei 9.656/98.

O que significa "dias de atrasos consecutivos ou não"?

- Cada dia de atraso de cada boleto é contabilizado. Ao atingir 60 dias, seu plano pode ser cancelado.
- Ex: Se todo mês você pagar o boleto com 10 dias de atraso, ao final de seis meses, você terá contabilizado 60 dias de atraso.

O Hapvida NÃO TEM COBRADORES DOMICILIARES. Pague seu Boleto somente nos locais credenciados:

PARA GARANTIR SEU ATENDIMENTO, LEVE SEMPRE SEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ORIGINAL ÀS NOSSAS UNIDADES.
PARA OS MENORES DE IDADE, APRESENTE A CERTIDÃO DE NASCIMENTO.

DOCUMENTO 1 T1%



ARUANA
22 OUT 2015



BRASIL
01.10.15
AGF NOVA OL
www.apta-laser.com.br

FATURAMENTO
INDIVIDUAL



JEFFERSON FERREIRA DA CRUZ

R NOSSA SENHORA DE LOURDES 84
54765300 TIMBI CAMARAGIBE PE

16

0915.0753.01-H.FI.BI.1250160.TXT

10/10/2015

019158

MAIOR REDE PRÓPRIA DO NORTE E NORDESTE

- 3 milhões de clientes
- 20 hospitais próprios
- 15 prontos atendimentos
- 70 clínicas médicas
- 104 centros de diagnósticos por imagem e laboratórios
- 15.000 colaboradores

Encontre a unidade Hapvida
mais perto de você:

www.hapvida.com.br
SAC: 0800.280.9130

/hapvida.saude

/hapvidasaude

DECLARAÇÃO

Local: **RUA DR JOSE MARIANO- - COELHOS**

Data: **08/08/2015**

Hora: **10h 30**

Veículo(s) de Placa(s): **PGP - 0798**
KLN - 4440

DOCUMENTO 4 *T4%



Natureza do Acidente: **Abalroamento**

Transversal

Vítima(s): **THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS**

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Companhia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 10 de setembro de 2015

Celso Rodrigues
Mat. 8688-6
CTTU / Recife

Agostinho Jorge Maia de Sousa
Diretor de Trânsito





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 517409/2015

NOME: THIAGO HENRIQUE SILVA DE JESUS

Foi atendido às 10h51 do dia 08.08.2015

Diagnóstico provável: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DE
PERNA DIREITA.
(ACIDENTE MOTO)

Tratamento realizado: ORVALHAGEM DA FRATURA EXPOSTA
DA TIBIA DIREITA EM 08-08-2015.
EXAMES COMPLEMENTARES.

Obs. ALTA - 11-09-2015

TRANZITO SÉRIO. AGRAVANTE DE TRABALHO
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário
Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 03-09-2015

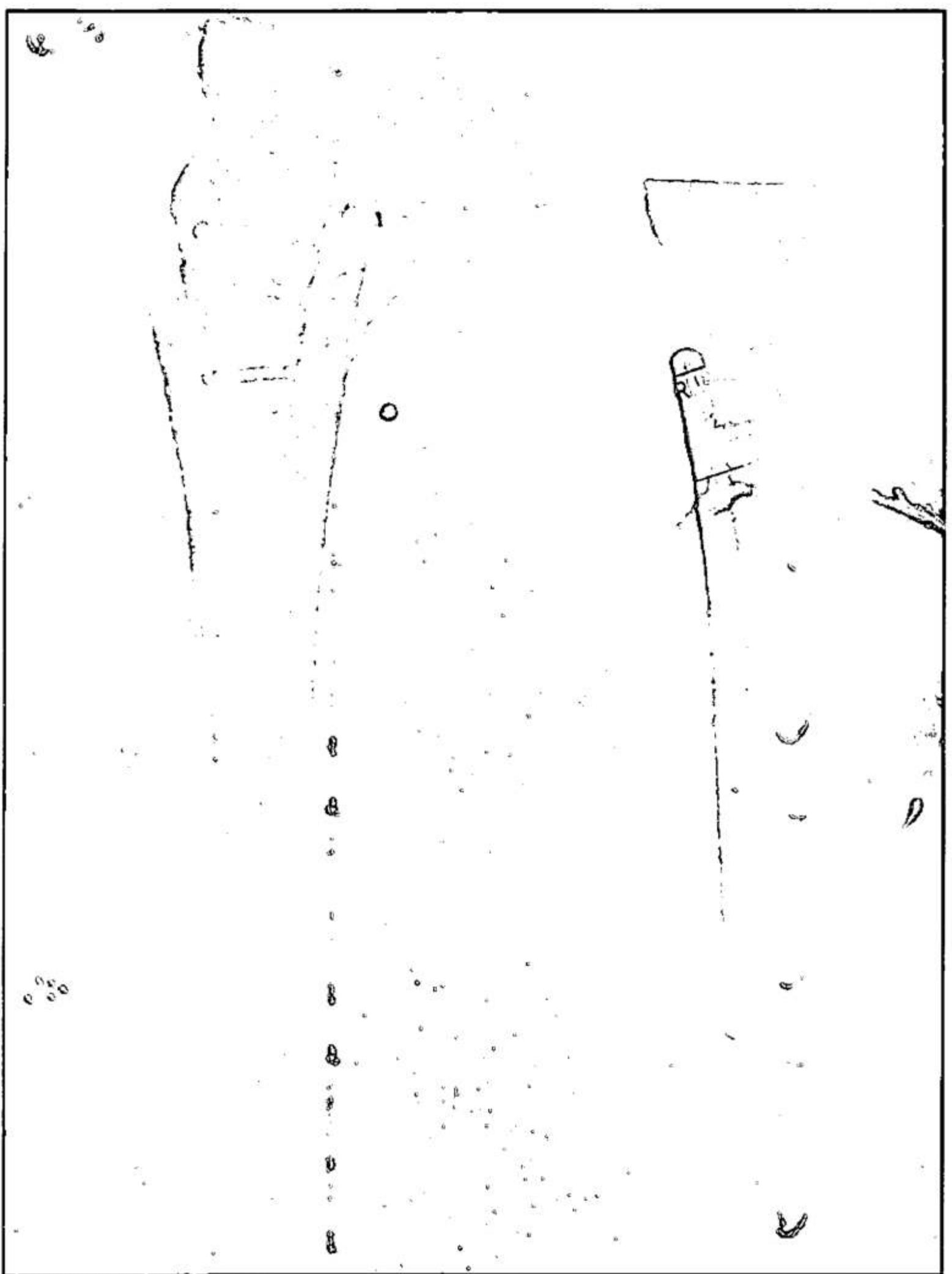
SES - Hospital da Restauração
Dr. Gilberto Wanderley Lima
Gerente Médico do SASE
CRM: 4553

MÉDICO - CRM No.

ALTA - CERTIFICADA
03-09-2015

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: _____

Nome: Thiago Henrique Siqueira de Jesus

Foi atendido às _____ hs do dia 02/08/15

Diagnóstico Provável: Pelvite deu entrada
intestino com parada norma
tontura de onda de pressão (D), fundo
abdominal de dor
CIE= S82

Tratamento Realizado:

Painel subtil a traço
carga de 1000 gms de pressão, fundo
abdominal de dor

Observação:

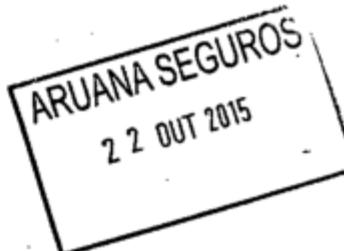
ao ambulatório de polyclinic
15 dias - Medico por cima.

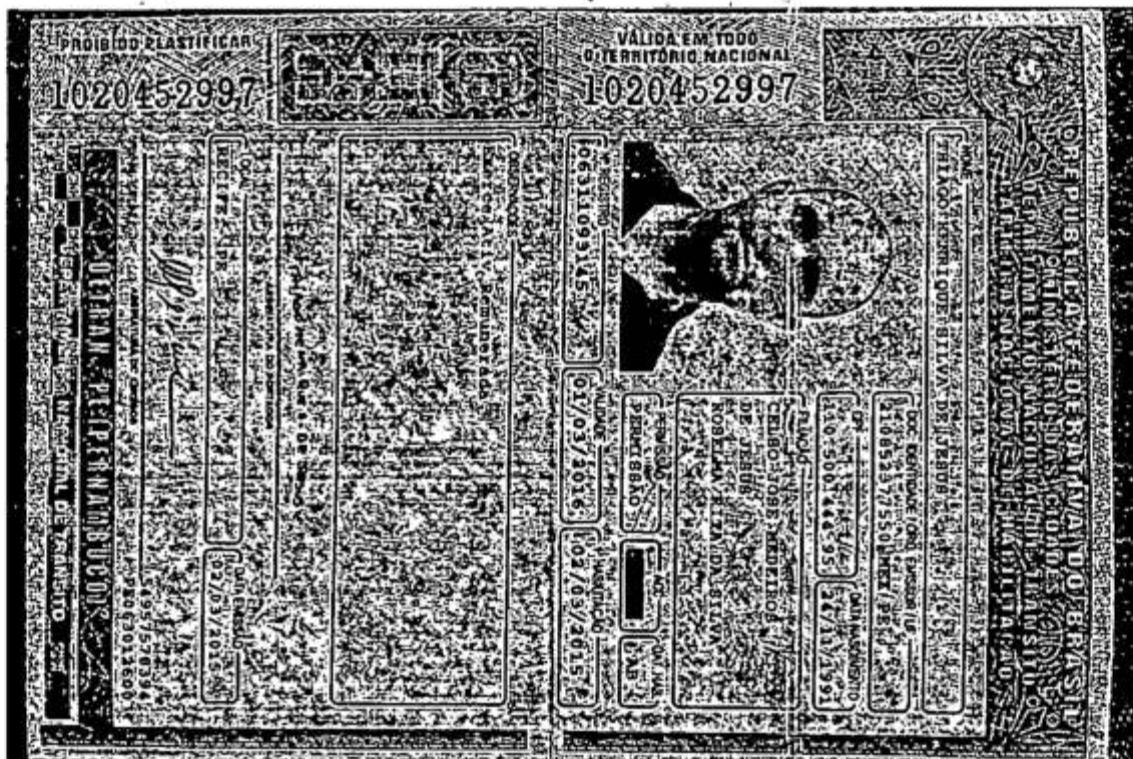
Cópia de:

4/08/15

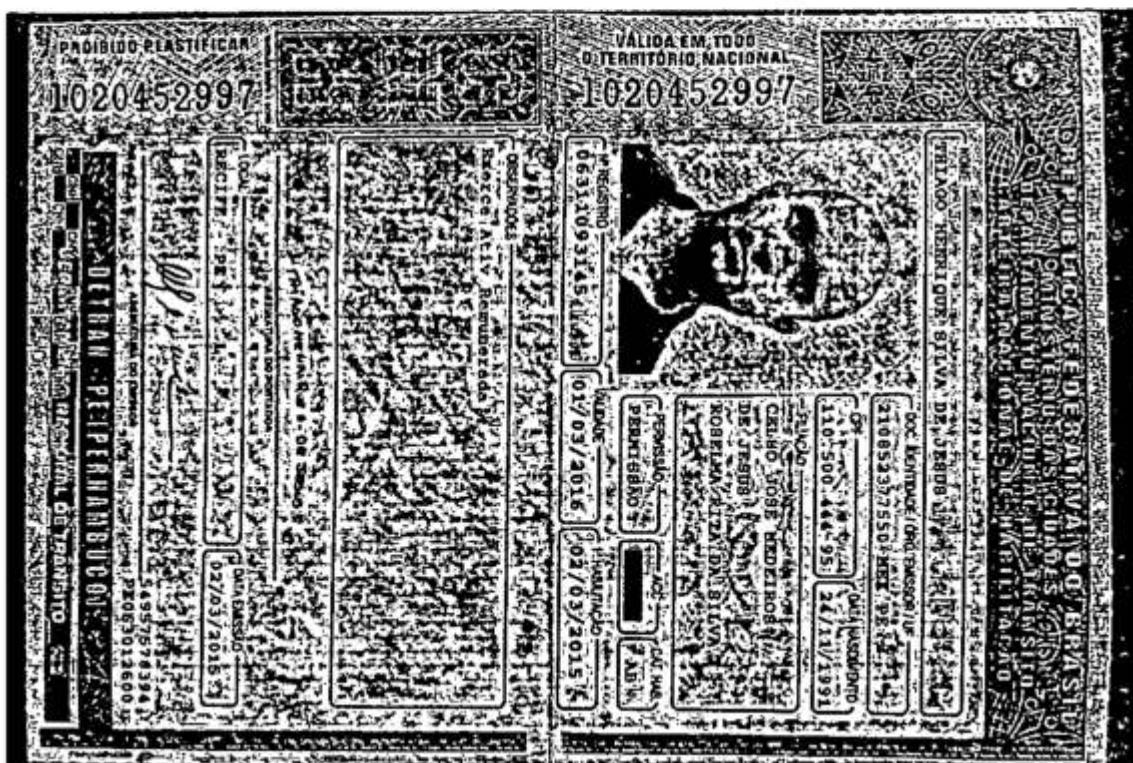
Dr. Carlos Tiago da S. Chaves
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 23891
Médico

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

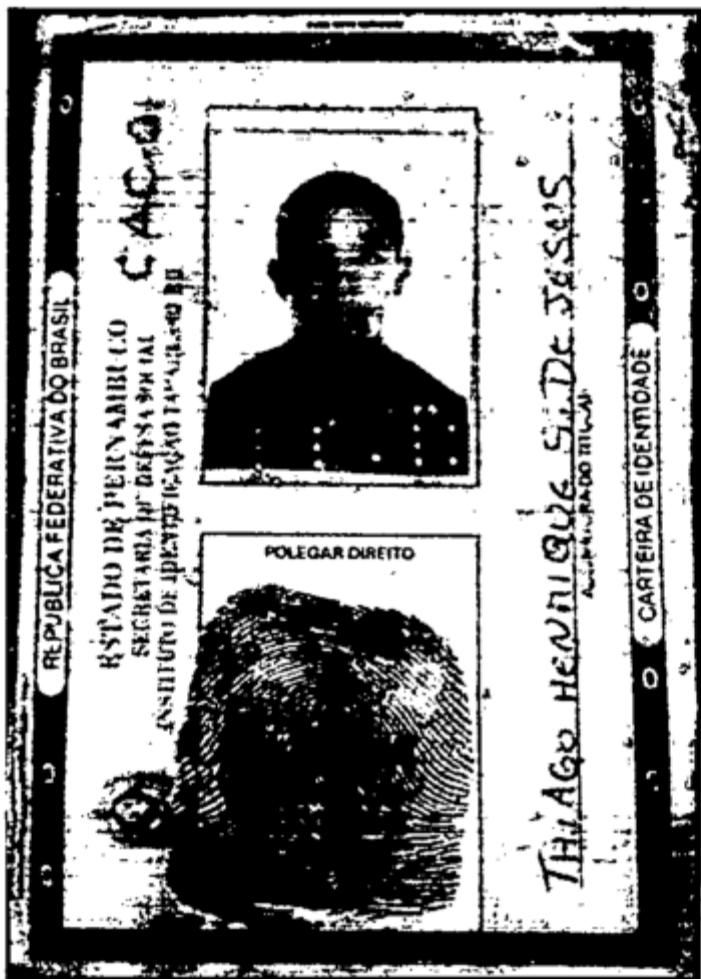




ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015



ARUANA SÉGUROS
22 OUT 2015



ARUANA SEGUROS
22 OUT 2015

