

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687719 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATIZADO (FERIMENTO LACERO CONTUSO JOELHO , PERNA E PÉ DIREITO , LESÃO NA URETRA PENIANA , FRATURA DO 3º E 4º METACARPO MÃO DIREITA),

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO CREPITAÇÃO , EDEMA E DOR NO JOELHO ESQUERDO (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA), EM USO DE Sonda Vesical de Demora .

Resultados terapêuticos: FERIMENTO LACERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO SUBMETIDO A SUTURA DE FERIMENTO, EVOLUINDO COM ARTRITE SÉPTICA , SENDO REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR PARA LIMPEZA CIRÚRGICA E TRAUMA PENIANO, EVOLUINDO COM RETENÇÃO URINÁRIA DEVIDO A UMA ESTENOSE URETRAL SENDO REALIZADO CISTOSTOMIA , NO MOMENTO EM USO DE Sonda Vesical de Demora , AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO UROLÓGICO. PACIENTE EM TRATAMENTO MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 120 dias.

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: 3190687719 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO DE JOELHO DIREITO, EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P10 P12 P17 P24 P32 P38 P48)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50



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, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687719

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190687719

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190687719 Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data do Acidente: 16/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **3190687719**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

R Jose de oliveira vasconcelos, 184 - alto da santa - Nazaré da Mata - PE - CEP 55800-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**PC** / **GO**] **7018671**

Data e local do acidente: [**16/06/2019**] **NAZARÉ DA MATA**

Data e local do exame: [**19/12/2019**] **Limoeiro** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

POLITRAUMATIZADO (FERIMENTO LACERO CONTUSO JOELHO , PERNA E PÉ DIREITO , LESÃO NA URETRA PENIANA , FRATURA DO 3º E 4º METACARPO MÃO DIREITA),

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA AO EXAME FÍSICO CREPITAÇÃO , EDEMA E DOR NO JOELHO ESQUERDO (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA), EM USO DE Sonda VESICAL DE DEMORA .

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

[☒] Sim [☐] Não

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

FERIMENTO LACERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO SUBMETIDO A SUTURA DE FERIMENTO, EVOLUINDO COM ARTRITE SÉPTICA , SENDO REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR PARA LIMPEZA CIRÚRGICA E TRAUMA PENIANO, EVOLUINDO COM RETENÇÃO URINÁRIA DEVIDO A UMA ESTENOSE URETRAL SENDO REALIZADO CISTOSTOMIA , NO MOMENTO EM USO DE Sonda VESICAL DE DEMORA , AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO UROLÓGICO. PACIENTE EM TRATAMENTO MÉDICO.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

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

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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 120 dias

(☐) "Sem sequela permanente" (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, 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Assinatura do Médico Examinador – CRM

Roberto de Castro Costa - CRM: 11730 - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 106959504 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE WIR DE FREITAS

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE WIR DE FREITAS 6 - CPF: 106959504-79
7 - Profissão: ADONATO 8 - Endereço: RUA JOSÉ DE OLIVEIRA 189 CASA 4
11 - Bairro: ALTO DA SANTA 12 - Cidade: NAZAREDA MATA 13 - Estado: 14 - CEP: 55800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0059

CONTA: 19707

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NAZAREDA MATA, 02 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Alexandre



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0140001119**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/09/2019** às **10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2019** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 01 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **BR 408 DIVISÃO TRACUNHAÉM/NAZARE DA MATA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

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

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **ANGELA RITA DA SILVA**
Pai: **GENIVAL LUIZ DE FREITAS** Data de Nascimento: **12/2/1993** Naturalidade: **NAZARE DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7018671/GOAIS/PE (RG), 10695950479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares:
- 96594227

Residencial: **RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 184, ALTO DA SANTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/12/19

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO, PELO ACOSTAMENTO, NA BR408, QUANDO UMA MOTO DESGOVERNADA SURTIU E O ACERTOU EM CHEIO, SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA POR POPULARES, DEVIDO A GRAVIDADE DO ACIDENTE, SENDO O PRIMEIRO ATENDIMENTO NO HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO, SENDO DEPOIS TRASFERIDO PRA O OTAVIO DE FREITAS E APÓS MEMORIAL JABOATAO, ONDE PERMANECEU INTERNADO DEVIDOS AS COMPLICAÇÕES DO ACIDENTE. A VÍTIMA SOLICITA PROVIDENCIAS QUE O CASO REQUER.

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


ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCIA CRISTINA DA SILVA** - Matrícula: **319665-8**



KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
09/09/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 106959504 4 - Nome completo da vítima: ALEXANDRE WIR DE FREITAS

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

5 - Nome completo: ALEXANDRE WIR DE FREITAS 6 - CPF: 106959504-79
7 - Profissão: ADONATO 8 - Endereço: RUA JOSÉ DE OLIVEIRA 189 CASA 11 - Bairro: ALTO DA SANTA 12 - Cidade: NAZAREDA MATA 13 - Estado: 14 - CEP: 55800-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0059

CONTA: 19707

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NAZAREDA MATA, 22 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DE FARIA
 RG nº 7018671, data de expedição 09/11/17, Órgão SSCOPAJ
 CPF nº 106.959.504-79, 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)	RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELO
Número	184
Apto / Complemento	CASA
Bairro	ALTO DA SAUDA
Cidade	NATREÇA MATIA
Estado	PE
CEP	55800-000
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATREÇA DA MATA, 02 DE FEVEREIRO 2019

Assinatura do Declarante: Alexandre Luiz de Faria

KOTE SEGUROS
 Erica Araújo
 09/12/19

DADOS DO CLIENTE
ANGELA RITA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE DE OLIVEIRA CONCELLOS 184
ALTO DA SANTANAZARE DA MATA
NIZARE DA MATA PE
55800-000

CPF: 668.412.694-92 NIS: 19020121708

CLASSIFICAÇÃO
USO: RESIDENCIAL
BARRA VERDE COMUM

CONTADOR
1741057014 09/2019
19/09/2019 15/10/2019
TOTAL A PAGAR: 100,83

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,26008969	7,80
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44598852	31,21
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	70,0000000	0,68799480	48,11
Adicional Bandeira VERMELHA			8,66
Cargos Rumo Pública Municipal			11,42
Multa por atraso NF 073633358 - 15/09/19			1,71
Juros por atraso NF 073633358 - 15/09/19			0,33
PROTEÇÃO (081)3412-8960 0900 031 6989			4,00

TOTAL DA FATURA 100,83							
SERVIDO: ESTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
31912004	1x7	15/09/19	105,00	15/10/19	225,00	29	120,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		COMPOSIÇÃO DE PREÇOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	RS
SET 19	110	ICMS	23,08	Tratamento	RS 3,33
AGO 19	100	PIS	0,79	Distribuição (Celpe)	RS 20,27
Jul 19	84	COFINS	3,61	Perdas de Energia	RS 4,38
Jun 19	62			Energia Setorizada	RS 1,98
MAI 19	30			Tributos	RS 27,25
ABR 19	42			Total	RS 52,32
MAR 19	30				
FEV 19	30				
JAN 19	30				
DEZ 18	30				
OUT 18	30				
SET 18	30				

ESSE FOLIO DEB DIFERENÇA DE 70,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Registre os pontos de venda de energia elétrica de forma correta e atualizada. O valor da energia elétrica é calculado com base no consumo registrado no medidor. O valor da energia elétrica é calculado com base no consumo registrado no medidor. O valor da energia elétrica é calculado com base no consumo registrado no medidor.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 466/2012) e demais normas técnicas, normas de segurança e normas de qualidade de energia elétrica são disponibilizadas no site da CELPE.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONJUNTO	VALOR APLICADO	LIMITE MÍNIMO	LIMITE MÁXIMO	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
DOO	HAZAREDA MATA	50000	5,55	11,10	220	202	231
FOC		0,87	3,30	6,72			
DOO		0,87	3,30	6,72			

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/12/19



SECRETARIA DE SAÚDE DE
Nazaré da Mata



RECEITUÁRIO

Alexandre Luiz de Freitas
Ao Autodetecção de Urologia
do Hospital Getúlio Vargas.
Dr. Paulo / Dr. Rafael (R₂
de Urologia) - 6ª feira às
8h.

Pessoal veja-se no vídeo
falaram com GW para
tentar apurar este R₄₂.
Atenciosamente,

20.07.19

Luciano Souza Pires
Urologista
CRM/PE 13005

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/12/19



Nova Imagem
CENTRO MÉDICO

Sr. (a): ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Registro: 19801

Solicitação:

Idade: 26 Anos e 7 Meses

Data: 12/09/2019

Convênio: PARTICULAR

Uretrocistografia

Estrutura óssea conservada.

Trânsito uretral retrógrado do meio de contraste procedendo-se com resistência opacificando os segmentos uretrais.

Importante estenose no segmento proximal da uretra membranosa.

Bexiga de forma, densidade, volume e contornos normais.

Ausência de refluxo vésico-ureteral.

Jato miccional normal com stop/estase ao nível da estenose acima descrita.

Acentuado resíduo pós-miccional.


Dr. Paulo Borba Filho
CRM 5067

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/12/19

Sex:
Data de nascimento:
ID: 771437

Hora de aquis.: 07:47:21
Índice de exp.: 143

Dir.

11ÃO ESPECIFICADO
11ÃO ESPECIFICADO
W: 4096, I: 2048
ID de técnico: admin

17 HOSPITAL JACOBATÃO DOS GUARAPAPES

Escala: 0.1

1.5cm



Hospital Ernesto Cavalcanti



Registro N.º 31650
Atendimento: 529056
Data 16/06/2019
Hora 21:47
Usuário: GABRIELVLG

CLINICA GERAL

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Nascimento: 13/02/1993 Idade: 26a 4m 1d

Mãe: ANGELA RITA DA SILVA

Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS

Endereço: JOSE DE OLIVEIRA VASCONCENº: 184 Bairro: ALTO DA SANTA

CNS: 898002337299963

Telefone: 558193376730

CEP: 55800000

Cidade: NAZARE DA MATA UF: PE

QPD / HDA: Paciente vítima de acidente de moto com presença de lesões profundas no MID com exposição de tendão e osso.

EXAME FÍSICO: EG Reg, COTE, AAA. Eupneico Glasgow 15. PA = 120 x 80
ACV = NDV
AR = NDV.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: 1) Paracetamol 100mg - 01 Amp + 100ml SF, EV. Lento
2) SF 500ml, EV.

Prescrição SAMU = S 642284.

Realizado contato com SAMU para confirmar envio de viatura às 00:10; Atendente

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

2:50 -> Paciente c/ dor.

1) SF 0,9% 500ml EV along

2) Cetoprofeno 0,4g + 100ml SF 0,9% EV along

3) Paracetamol

*Destino do Paciente: () Alta para casa

() Encaminhamento ao ambulatório

() Internamento

☒ Transferência para outra unidade

() Óbito

() Outro:

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado

() Inalterado

() Piorado

*Médico que prestou atendimento (Assinatura / Carimbo c/CRM e CPF).

() AUTORIZADO INFORMAÇÃO DO CID-10

CRM-PE: 25.810
Médico
Jóris Samico

Médico - Carimbo e Assinatura

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/12/19

HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HEC - HOSPITAL ERMIRIO COUTINHO

Data e hora retirada da senha: 16/06/2019 21:46

Nome Paciente: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/06/2019
Sexo: Masculino
Idade: 0 meses
Senha: 0092
Convênio: -
Atendimento:
SAME: €

Período: 16/06/2019 21:46 - 16/06/2019 21:47

ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: EMERGENCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)?

Especialidade: CLINICA GERAL

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/12/19

Acolhido(a) por: ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/06/2019 21:47

**HEC**

Hospital Ermírio Coutinho

**Hospital Infantil
Maria Lucinda**

Fundação Manoel da Silva Almeida

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Unidade de Saúde	Município	Região de Saúde
------------------	-----------	-----------------

Nome do Paciente	Alexandre Luiz de Freitas 26A
------------------	-------------------------------

Quadro Clínico	Lesão sobre Acidente Automobilístico, de motocicleta, apresenta corte profundo na mão em direção ao polegar medindo 4 cm com exposição osseas e outro de 14 cm com exposição de tendão muscular. Relata também fortes dores na mão (D).
----------------	---

Diagnóstico	1) Lesão exposta em MIO e polegar direito. 2) Lesão mão (D).
-------------	---

1º REMOÇÃO	Destino	HOF 5707519.	Município	H de Saída	H de Chegada
------------	---------	--------------	-----------	------------	--------------

Motivo (Registro Detalhado)	S642284 (SAMU)
-----------------------------	----------------

Assinatura do Médico Assistente	Medico CRM-PE: 25.810	Nº do C.R.M.	25810	Data	16/06/19
---------------------------------	-----------------------	--------------	-------	------	----------

2º REMOÇÃO	Destino	Florio Samico	Município	H de Saída	H de Chegada
------------	---------	---------------	-----------	------------	--------------

Motivo (Registro Detalhado)	
-----------------------------	--

Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data
---------------------------	--------------	------

Autorizo a Transferência	
--------------------------	--

Médico Chefe do Plantão	
-------------------------	--

Carimbo / Assinatura	
----------------------	--

Confirmo o Motivo Administrativo	
----------------------------------	--

Enfermeira Chefe do Plantão	
-----------------------------	--

Carimbo / Assinatura	
----------------------	--

Unidade Prestadora do Atendimento	Município
-----------------------------------	-----------

Especificação do Atendimento Prestado	
---------------------------------------	--

Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M.	Data
---------------------------	--------------	------

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
09/06/19



SECRETARIA DE SAÚDE L.E.
Nazaré da Mata



RECEITUÁRIO

Alexandre Luiz Freitas

R. Vítima Acidente moto
Te + 30 dias fazendo
Um exame de fraturas
desenterias

09/09/19

Luiz Roberto
Médico - CREMEPE 5821
Mat. 12.539

KOTE SEGURO
Erica Araújo
09/12/19

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

DATAS CIRURGIAS: 16/07/2019; 22/07/2019; 29/07/2019; 12/08/2019



CID-10: M00 - ARTRITE PIOGENICA

DATA DE INTERNAMENTO: 13/07/2019

DATA DA CIRURGIA:

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 4 DE SETEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Médico
CRMPE 22023

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
09/12/19

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 141342

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 26 Anos, 7 Meses e 3 Dias

Sexo: Masculino

Médico: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios, mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.

Procedimento a ser realizado:

RAIOS X JOELHO - A.P. - LATERAL - DIREITO

Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório para marcar a consulta.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

CRM: 23550
Médico Jaboatão
Leonnardo Costa Gonçalves de Oliveira

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/12/19

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 238883

Unidade de Internação: CLINICA MEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 10 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

ITU E ARTRITE SEPTICA DE JOELHO

CID: N390

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

01. Cirurgião:

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Diária de UTI

☐ Diária de Acompanhante

☐ Vacina Anti -- Rh

☐ Uso de Prótese Órtese

☐ Uso de Fatores de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PORTADOR DE ARTRITE SEPTICA DE JOELHO E ITU FEZ TTO CLINICO EVOLUI COM MELHORA

Diagnóstico Principal: N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:


Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 04/09/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).


Dr. Antonio Almeida
Médico
CRM 11481
ANTONIO DE ALMEIDA PEREIRA
CRM: 11481

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Atendimento: 238883

Idade: 26 Anos, 6 Meses e 22 Dias

Convênio: SUS - INTERNACAO

Usuário Logado:

Data: 04/09/2019 09:00:

Prontuário: 771437

Leito Obs: ENF 10 - LEITO 03

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

AO AMBULATORIO DE UROLOGIA



Jaboatão dos Guararapes,

04/09/2019

Antonio Almeida
Médico
CRM 11481

Médico: ANTONIO DE ALMEIDA
PEREIRA
Conselho: 11481

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.A.T.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Alexandre Luiz de FreitasREGISTRO: 771437 DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1993RG: 7018671 ORGÃO EMISSOR: SDS/GOENDEREÇO: Rua: José de Oliveira Vasconcelos
nº 184 Bairro: Alto da Santa Cruz de mataNOME DA MÃE: Angela Rita da SilvaDATA ADMISSÃO: 22/07/2019 DATA ALTA: 29/07/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 29/07/2019 CID: M00.9DIAGNÓSTICO: Artrite Pírgênica não Especificada
do Joelho Direito — 1 —TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular C/ous /
Sinovectomia de médias / grandes
Articulações + Manipulação Articular
— 11 — 1 — 1 —MÉDICO: Julbas SilveiraCREMEPE: 17460JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.
João Paulo Romão
Médico
CRM-PE: 22822

MÉDICO

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 230631

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 700808439003888

Responsável:

Observação:

Prontuário: 771437 Data/Hora: 22/07/2019 11:08:27 Naturalidade:
 Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS Data de Nascimento: 13/02/1993 02:00:00
 Sexo: MASCULINO Idade: 26 Anos 5 Meses 18 Dias Profissão:
 CPF: 10895950478 Identidade: 7018671 - SDS/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Cônjuge:
 Escolaridade:
 Nome do Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS
 Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA
 Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS Bairro: CENTRO
 CEP: 55600000 Cidade: NAZARE DA MATA UF:

Médico: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17480

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Doença de pele - D

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

Atend. up. c. D

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

proprio

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data: 22.07.2019 - Hora de Saída: _____ h - Médico: _____

Av. Gen. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3462-9888 - www.hmjp.org

Handwritten signature and stamp

KOTE SEGUROS
Erica Araujo

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5388067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5388067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS		771437	
Carteir. Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor
703805-05000000	13/02/1993	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda
Nome da Mãe		Etnia	
ANGELA RITA DA SILVA		0000 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		Telefone de contato	
ANGELA RITA DA SILVA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 134 - CENTRO			
Município	IBGE	UF	CEP
MAZARE DA MATA	280660	PE	55800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
Edema + Hipertensão + Cateter L-act			
e pulmão			
Condições que justificam a internação	a de de de		
Principais Resultados de Provas Diagnósticas	H. d. pulmão		
Exames de imagem / Outros	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
A.D. Te. rep. pulmão			

Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Código do Procedimento
Idade	Caráter da Internação	Documento
		() CNS () CPF
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
	22/07/2019	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto			

Vínculo com a Previdência

() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533355580007	
Data de Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

KOTE SEGUROS
Enica Araujo

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

22

Paciente em seu 2º turno
cirúrgico, foi realizado OTC
Ligamento Explicando Articular no
joelho D + manipulação Articular.

Secretaria de Saúde - FICPE
OCS - Secretaria de Saúde
Rua Celso de Figueiredo, 1022
Medic. Ortopedia e Traumatologia

Dr. Alexandre Costa Gonçalves da Silva
Medic. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 13550

Nome do paciente: Alexandre Luiz de Freitas			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 16	Leito: 01
Nº prontuário: 230631		Nº APT: _____	
Diagnóstico clínico (conforme laudo médico): Artrose		ID: N009-V	
Procedimento solicitado: Quilomeres múltiplos		Data: 04/05/00	
Tipo de permanência: ambulatorial			
Exames realizados: Exames Articular + Manipulador			
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Paulo Euzenardo	
02	1. Auxiliar cirúrgico		
03	2. Auxiliar cirúrgico		
04	3. Auxiliar cirúrgico		
05	Damas auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiista	Diana Souza	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais			
<input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Dieta de uji <input type="checkbox"/> Dieta de acompanhamento <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Uso de prótese órtese <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/>	
Resumo do caso			
<p>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE DO SEGUNDO ATO CIRURGICO. SENDO NOVAMENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAÇÃO DE OUTRO TEMPO CIRURGICO.</p>			
Procedimento principal: Quil. Explorac. Articular		ID: N009	
Procedimento secundário: Manipulador Articular		CID: _____	
Método de alta: REOPERAÇÃO			
Intimação: 22 07 19		Alta: 23 07 19	Dias de hospitalização: _____

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 328894

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIOGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408050158 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 29/07/2019

01. Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

02. 1. Auxiliar Cirúrgico:

03. 2. Auxiliar Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

- 1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSE E ANTISSPSIA
- 3- COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4- AMPLIAÇÃO DE INCISÃO LATERAL, PARAPATELAR
- 5- SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA EM GRUMOS
- 6- REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL E REMOÇÃO DE FIBROSE RETROPATELAR. REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR JOELHO DIR = ADM 0-110°
- 7- LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% 5L
- 8- COLOCAÇÃO DE DRENO DE PENROSE N.2
- 9- APROXIMAÇÃO EXTREIMIDADES F.O COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR POR 2º INTENSAO
- 10- CURATIVO

Dr. Jarbas Sizenando Filho
Obrigado e Recomendado
CRM: 17460

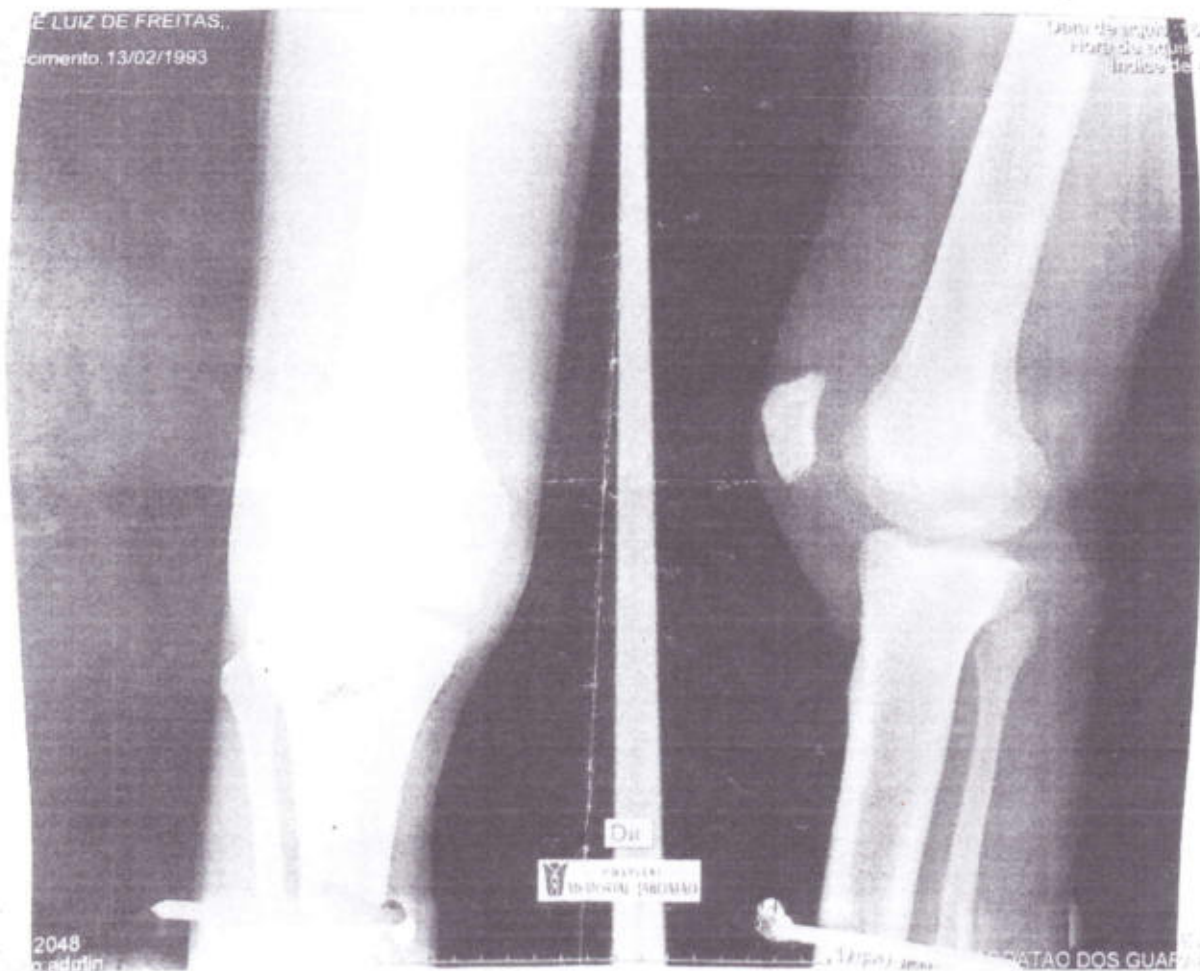
JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

LUÍZ DE FREITAS,

13/02/1993

1993-02-13
1993-02-13
1993-02-13



2048
adulter

DW
PRIVACY
INDIVIDUAL (BROWNS)

1993-02-13
1993-02-13
1993-02-13

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

FAT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Alexandre Luiz de FreitasREGISTRO: 771437 DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1993RG: 7018671 ORGÃO EMISSOR: SDS/GOENDEREÇO: Rua: José de Oliveira Vasconcelos
nº 184 Bairro: Alto da Santa Nazare de matoNOME DA MÃE: Angela Rita da SilvaDATA ADMISSÃO: 12/08/2019 DATA ALTA: 29/08/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 12/08/2019 CID: M00.9DIAGNÓSTICO: Artrose Pirogênica não Especificada
do Joelho Direito — " — " —TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular /
Sinovectomia de Médias / grandes
Articulações + Manipulação Articular
" — " — " — " —MÉDICO: Julbas SilveiraCREMEPE: 17460JABOATÃO DOS GUARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.
João Paulo Romão
Médico
CRM-PE: 22622

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Assadimento: 234649

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 01

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIR

CID: M009

Procedimento Solicitado: 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Tempo de Permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Cirurgião: JAREAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

1. Auxílio Cirúrgico:

2. Auxílio Cirúrgico:

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestésista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento☐ Diária de UTI☐ Diária de Acomodante☐ Vacina Anti - Rh☐ Uso de Prótese Órtese☐ Uso de Fatores de Coagulação☐ Uso de Oxigenadores☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIA

Diagnóstico Principal: M009 - ARTRITE PIOTIC, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 12/08/2019

Data de Alta: 29/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023

José Genes Sales Cavalcanti
Ortopedia e Osteo
Medicina Trabalho
CRM 1820 - CPE: 076.832.934-87

Dr. Elder Carvalho
Ortopedia
CRM 22023 / PE 22023



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS				Nº Prontuário	771437
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia		
700808439003856	13/02/1993	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica		
Nome da Mãe	ANGELA RITA DA SILVA				Telefone de contato	
Nome Responsável	ANGELA RITA DA SILVA					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO					
Município	IBGE	UF	CEP			
NAZARE DA MATA	260950	PE	55800000			

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	<i>Doença renal crônica</i>		
Condições que justificam a internação	<i>Insuficiência renal</i>		
Principais Resultados das Provas Diagnósticas	<i>Exame físico</i>		
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
<i>Doença renal crônica</i>			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
Clinica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	12/08/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto			
Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533356590007	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
		José Genes Sales Cavalcanti Ginecologia e Obstetrícia Médico de Trabalho CRM 4820 - CPF: 075.632.934-87



JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ FREITAS

22

Paciente em seu 2º turno
Cirurgia, com artroscopia
do joelho D.

Foi realizada OTS e
de Exposição articular + manipu-
lação articular no joelho D

José Genes Sales Cavalcanti
Ginecologia e Obstetrícia
Sindicato do Trabalho
CRM 4520 / CFE: 075.632.934-57

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 234649

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Cartão SUS : 700808439003886

Convênio: SUS - INTERNACAO

Responsável:

Observação:

Prontuário: 771437 Data/Hora: 12/08/2019 11:10:17

Naturalidade

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data de Nascimento: 13/02/1993 02:00:00

Sexo: MASCULINO

Idade: 26 Anos 6 Meses 17 Dias

Profissão:

CPF: 10695950479

Identidade: 7018671 - SDS/PE

Fone:

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS

Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA

Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS

Bairro: CENTRO

CEP: 55800000

Cidade: NAZARE DA MATA

UF:

Médico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023

Unidade de internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data:

- Hora de Saída:

:

h

- Médico:

Av. Gal. Manoel Rebelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefons: (81) 3482-9536 - www.hmjp.org

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Identificador: 228854

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Sintético Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIOGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Tipo Operatório:

Procedimento(s) Realizado(s): 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408060158 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 12/08/2019

Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

1. Auxílio Cirúrgico:

2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

Anestesia:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSÉPSIA

COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

REMOÇÃO PONTOS SUTURA F.O PARAPATELAR LATERAL

SAÍDA DE PEQUENA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTE EM GRUMOS

REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM REMOÇÃO DE FRAGMENTO OSTEOCONDAL SOLTO. OBSERVADA LESÃO CONDILAR EXTENSA

TELAR.

INCISÃO PARAPATELAR MEDIAL +-3CM + HEMOSTASIA

REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR JOELHO DIR = ADM 0-30°

LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0.9% SL

COLOCAÇÃO DE DRENO DE PENROSE N.2

APROXIMAÇÃO EXTREMIDADE DISTAL F.O PARAPATELAR LATERAL COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR PO

TENSÃO

CURATIVO

F: ENVIADO MATERIAL PARA CULTURA (FRAGMENTO SINOVIAL E OSTEOCONDAL PATELA)

Jarbas Silveira Filho
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE: 17460/ISOT: 13286

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Alexandre Luiz de Freitas

REGISTRO: 771437 DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1993

RG: 7018671 ORGÃO EMISSOR: SDS/GO

ENDEREÇO: Rua José de Oliveira Vasconcelos
nº 124 Bairro: Alto da Santa Nazare da mata

NOME DA MÃE: Angela Rita da Silva

DATA ADMISSÃO: 29/07/2019 DATA ALTA: 12/08/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 29/07/2019 CID: M00.9

DIAGNÓSTICO: Artrite Pirogênica não Especificada
Joelho Direito — " — " — "

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular c/ ou s/
Simorrectomia de Médias / grandes
Articulações + manipulação Articular
— " — " — " —

MÉDICO: Jarbas Silveira

CREMEPE: 17 460

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

João Paulo Romero
Médico
CRM-PE 12672
MÉDICO

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 232005

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 01

Diagnóstico Principal (Constante no Laudo Médico): ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIR

CID: M009

Procedimento Solicitado: 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado: 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

03. Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

04. 1. Auxílio Cirúrgico:

05. 2. Auxílio Cirúrgico:

06. 3. Auxílio Cirúrgico:

07. Demais Auxílios Cirúrgicos:

08. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

09. Clínico:

10. Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento☐ Diária de UTI☐ Diária de Acompanhante☐ Vacina Anti -- Rh☐ Uso de Prótese Órtese☐ Uso de Fatores de Coagulação☐ Uso de Oxigenadores☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRURGICO SEM INTERCORRENCIA

Diagnóstico Principal: M009 - ARTRITE PIOTÉGICA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 29/07/2019

Data de Alta: 12/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

José Genes Sales Carneiro
Ginecologia/Obstetrícia
Médico do Trabalho
CRM: 4821 - RQE: 076.832.934-37



JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

28

Paciente readmitido neste
hospital, vindo do Ambulatório
com artrite séptica joelho D.

Sendo realizado o T^o - Exame
de Exploração Articular + manipulação
articular no joelho D.

continue internado e
realização de outros procedimentos
cirúrgicos.

S

José Gomes Sales Colares
Ginecologia e Obstetrícia
Médico do Trabalho
CRM 4520 - CPF: 078.832.99

Dr. Luciano Costa Gonçalves
Médico
CRM 25550

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 232008

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 700808436003886

Responsável:

Observação:

Prontuário: 771437 Data/Hora: 28/07/2019 11:16:50

Naturalidade

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data de Nascimento: 13/02/1993 02:00:00

Sexo: MASCULINO

Idade: 26 Anos 6 Meses 1 Dia

Profissão:

CPF: 10695950479

Identidade: 7018871 - SDS/PE

Fone:

Est. Civil: SOLTEIRO

Cônjuge:

Escolaridade:

Nome do Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS

Nome do Mãe: ANGELA RITA DA SILVA

Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS

Bairro: CENTRO

CEP: 55600000

Cidade: NAZARE DA MATA

UF:

Médico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data: 12/08/19 - Hora de Saída: : h - Médico:

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 229854

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIOGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408060158 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 29/07/2019

01. Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

06. Anestesia:

07. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

- 1- PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3- COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4- AMPLIAÇÃO DE INCISÃO LATERAL, PARAPATELAR
- 5- SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA EM GRUMOS
- 6- REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL E REMOÇÃO DE FIBROSE RETROPATELAR. REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR JOELHO DIR = ADM 0-110°
- 7- LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% SL
- 8- COLOCAÇÃO DE DRENO DE PENROSE N.2
- 9- APROXIMAÇÃO EXTREMIDADES F.O COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR POR 2° INTENSAO
- 10 CURATIVO

Dr. JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM: 17460
Data: 29/07/2019 11:50

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 238883

Unidade de Internação: CLINICA MEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 10 - LEITO 03

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico):

ITU E ARTRITE SEPTICA DE JOELHO

CID: N390

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

02 dias

0303160050

Procedimento SUS Realizado:

2 meses

01. Cirurgião:

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. 3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária de UTI
☐ Diária de Acompanhante
☐ Vacina Anti -- Rh

- ☐ Uso de Prótese Órtese
☐ Uso de Fatores de Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PORTADOR DE ARTRITE SEPTICA DE JOELHO E ITU FEZ TTO CLINICO EVOLUI COM MELHORA

Diagnóstico Principal: N390 - INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO DE LOCALIZAÇÃO NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

melhorado

Data de Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 04/09/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

X. Antônio Almeida
Médico
CRM 11481
ANTONIO DE ALMEIDA PEREIRA
CRM: 11481



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	6356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	6356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS		771437	
Cadastro Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor
700602436003368	13/02/1993	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda
Nome da Mãe	Etnia		Telefone de contato
ANGELA RITA DA SILVA	0000 - Não Se Aplica		
Nome Responsável			
ANGELA RITA DA SILVA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO			
Município	IBGE	UF	CEP
NAZARE DA MATA	260950	PE	55800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
S.U. INFECCIOSO= ITU
Condições que justificam a internação
QUADRO CLÍNICO
Principais Resultados de Provas Diagnósticas
S.U.

Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
ITU+ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIREITO TRATADA(SEGUNDO A EVOLUÇÃO DA ORTOPEdia)			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado	Código do Procedimento		
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO URINARIO	0303150060		
Local	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CLINICA MEDICA	2	() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	29/08/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
() Acidente Trabalho Trajeto			
Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
(X) CNS () CPF	201533356580007	
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
	JGOS - Gerência de Controle e Avaliação de Qualidade MARCIA ANTONIA DOURADO SUS - CRM: 8922 CPF: 298.725.884-49	

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 238883

Nascimento: 13/02/1993

Responsável:

Prontuário: 771437

Sexo: Masculino

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Data e Hora do Atendimento: 29/08/19 13:27:52

Idade: 26 Anos, 6 Meses e 16 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 10695950479

Identidade: 7018671

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 700808439003886

Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA

Nome do Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS

Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, CENTRO, CEP: 55800000, Nº 184, NAZARE DA MATA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA MEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 10 - LEITO 03

Médico: MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE TRANSFERIDO DA CLINICA ORTOPEDICA PARA CLINICA MEDICA PARA TRATAMENTO DE ITU

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FÍSICO GERAL:

EGR, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

ITU+ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIREITO TRATADA(SEGUNDO A ORTOPEDIA CLINICA)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Alexandre Luiz de FreitasREGISTRO: 771437 DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1993RG: 7018671 ORGÃO EMISSOR: SPS/GOENDEREÇO: Rua José de Oliveira Vasconcelos
n:184 Bairro: Alto da Santo Nazare de mateNOME DA MÃE: Angele Rito da SilvaDATA ADMISSÃO: 13/07/2019 DATA ALTA: 22/07/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 16/07/2019 CID: M00.9DIAGNÓSTICO: Artrite Piogenica joelho DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Artrite Infecciosa do joelho Direito +
Exploração Articular Com Sinnectomia
ParcialMÉDICO: giselly verissimoCREMEPE: 17424JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.João Paulo Rabello
Médico
CRM-PE 22622

MÉDICO

Nome do paciente: Alexandre Luiz de Freitas			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 17	Leito: 01
Nº orientário: 228854		Nº AIH:	
Exame inicial (classificação no quadro médico): D + Exat. max. D		CID: M009	
Procedimento solicitado: Cirurgia Múltiplas		Codigo: 01.50.10012	
Tempo de permanência previsto:			
Procedimento realizado: Cirurgia Múltiplas D + Exat. max. D			
Código	Equipe	Nome	Particula Nº
01	Cirurgião	108 Alvaro Colli	01.50.10012
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas	108 Ramilson	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais			
<input type="radio"/> Mudança de procedimento <input type="radio"/> Diária de uti <input checked="" type="radio"/> Diária de acompanhante <input type="radio"/> Vacina Anti-Rh <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Uso de prótese ortese <input type="radio"/> Uso de fatores de coagulação <input type="radio"/> Uso de oxigenadores <input type="radio"/> Nutrição parenteral <input type="radio"/>	
Resumo do caso			
<p>PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE DO PRIMEIRO ATO CIRURGICO. SENDO NOVAMENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAÇÃO DE OUTRO TEMPO CIRURGICO.</p>			
Diagnóstico principal: Cirurgia Múltiplas D + Exat. max. D		CID: M009	
Diagnóstico secundário:		CID:	
Motivo de alta: REOPERAÇÃO			
Internação: 03 / 07 / 19		Alta: 22 / 07 / 19	
Dias de hospitalização:			

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

595223

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS2- CNES
4263- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

6- Nº DO PROFIJÚRIO

1089065

7- (CNS)

700808439003886

8- DATA DE NASCIMENTO

13/02/1993

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

ANGELA RITA DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 94924890 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELO, N.º 184 - : BAIRRO: ALTO DA SANTA - CIDADE: - UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PCR E SANGRAMENTO EM MID

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRURGICO

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL

FERIMENTO DA PERNA, PARTE NÃO ESPECIFICADA - S819

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

28- CNES DO CEN/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: Nº.8500

23172797449

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

17/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☒ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38- SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41- CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD ORGÃO EMISSOR

45- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADORDr José Sérgio S/ Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 5267 10096Hospital Memorial de Jaboatão
Senha: 595222

Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 228854 Nascimento: 13/02/1993
Responsável: Prontuário: 771437 Sexo: Masculino
Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS Data e Hora do Atendimento: 13/07/19 11:08:40
Idade: 26 Anos, 5 Meses e 0 Dia Profissão: Escolaridade:
CPF: Identidade: 201951 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 700808439003886
Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA Nome do Pai:
Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, CENTRO, CEP: 55800000, Nº 184, NAZARE DA MATA - PE
OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 01
Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473 CID:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

FRATURA DO 4º MTC PACT 21 DIAS DE FRATURA AUTORIZADO POR DR HERMES WAGNER PARA IR PARA HMJ. ESTA EM TRATAMENTO DE ITU COM CIPROFLOXACINO (DO: 12/07)

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS

EXAME FISICO GERAL:

EGREG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T, BNF, S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

ABDOMEN:

NDN

GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

SEM EDEMAS

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1- FRATURA DE 4º MTC DA MÃO DIREITA 2- ITU

1- Lesão cardíaca - D. goeth

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

Jeopereira

HORA DE SAÍDA:

*Airley Alves
Nefrologia
CRM-22.473*

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Paciente internado neste hospital
vindo H.O.F. com Fratura 4º MTC D +
lesão em fôlex D - Artrose septic.
Sendo realizado em 1º tempo o
TE e limpeza de artrose infecciosa do
fôlex D + Exploração Articular.
Continue internado p/ realizar
em outro tempo o TE definitivo

ASSINATURA DO
MÉDICO RESPONSÁVEL
Pelo procedimento
C-1-10-12-24-26

~~IN JORNAL DE NOTÍCIAS DE CURITIBA~~
~~CREDE 13/10/10~~

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 228854

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 3 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M00 - ARTRITE PIOGENICA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DO JOELHO D 0408060557 - EXPLORACAO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL 04.08.06.012-3

Data: 15/07/2019

01. Cirurgião: ALVARO COELHO DE LEO

02. 1. Auxiliar Cirúrgico: RODRIGO DE SOUZA M. SANTIAGO MOUTINHO

03. 2. Auxiliar Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestésista: RANILSON JOSE FAGUNDES DO NASCIMENTO

Descrição da Cirurgia:

- 1 - PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2 - ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3 - COLOCACAO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4 - INCISAO NA TOPOGRAFIA DE CICATRIZ PREVIA
- 5 - ARTROTOMIA COM SAIDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECRECAO PURULENTA
- 6 - REALIZADO EXPLORACAO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL
- 7 - LAVAGEN ABUNDANTE COM SG 0,9%
- 8 - COLOCACAO DE DRENO DE PENROSE
- 9 - APROXIMACAO-DE BORAS DA FERIDA COM NYLON
- 10 - A RPA

Dr. Alvaro Coelho de Léo
CRM: 25517 / RCP: 15148

ALVARO COELHO DE LEO

CRM: 25517

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 228854

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 2 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIOTIC, NÃO ESPECIFICADA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0201010002 - P.O. COLETA DE MATERIAL POR MEIO DE PUNÇÃO/BIÓPSIA - GENÉRICO

02.01.01.032-1 Proprietário de ens/cad/cup de
médico superior

Data: 15/07/2019

01. Cirurgião: GISELY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia:

Anestesia: LOCAL

07. Anestesista:

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL EM JOELHO DIR
ROTINA ANTISSEPTICA
PUNÇÃO EM JOELHO DIREITO COM AGULHA GROSSA
COLHEITA DE MATERIAL PARA CULTURA
CURATIVO
ANTIBIOTICO

Dr. Gisele Verissimo
Cirurgião de Mão
CRM: 228854

Dr. Leonardo Costa
Médico
CRM: 23550
LEONARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA
CRM: 23550



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/06/2019 07:04

Prontuário: 1089065

Nº. Atendimento: 3344432

Serviço: CIRURGIA

Enfermagem/Letto:

Médico:

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

Nome:
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade:
26 Anos 9 Meses 8 Dias

Nasc.
13/02/1993

Sexo: MASCULINO
CNS: 700808439003886

Contatos:
81. 94924890 | Celular: 81.

Mãe:
ANGELA RITA DA SILVA

Endereço:
RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELO, N.º 184 - : CASA BAIRRO: CENTRO - CIDADE:
NAZARE DA MATA - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

DOR E SANGRAMENTO EM PERNA E JOELHO DIREITOS

História Clínica

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MID E MÃO D

Exame Físico

DOR, EDEMA E SOL DE CONT EXTENSA EM PERNA D COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, SOL DE CONT EM FACE NTRIOR DO JOELHO D, ESOCRIAÇÕES EM BACIAL

Observações

FERIMENTO EXTENSO EM PERNA E JOELHO DIREITOS

Conduta

INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: Nº.8500

21/06/19
CADASTRO
SANTOS DE SOUZA

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 26 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 544128 (FECHADO)Responsável: JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO - CRM
27896 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

27/06/2019

Data/Hora do Documento:

27/06/2019 10:58

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA.

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.

AGG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.

JANDERSON PEREIRA DE CARVALHO
CRM 27896

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 26 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7443

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 547740 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

02/07/2019

Data/Hora do Documento:

02/07/2019 18:07

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.

AGG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 25 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 549984 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

05/07/2019

Data/Hora do Documento:

05/07/2019 12:07

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.

AGG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.

MONICA DA ROCHA LEO DE
CRM 26962

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 23 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 551910 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

08/07/2019

Data/Hora do Documento:

08/07/2019 13:58

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.AGG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.
AG TRANSFERÊNCIAMONICA DA ROCHA LEO DE
CRM 26962

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 26 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 553362 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIAData de Referência: 10/07/2019
Data/Hora do Documento: 10/07/2019 13:18

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.
paciente com queixa de dor ao urinar

AG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.
AG TRANSFERÊNCIA
sol SU

MONICA DA ROCHA LEO DE
CRM 26962

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 23 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 553792 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

11/07/2019

Data/Hora do Documento:

11/07/2019 08:17

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.
paciente com queixa de dor ao urinar

AG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.

AG TRANSFERÊNCIA

AG SU E USG VVUU

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 26 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/06/2019 10:28

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 555009 (FECHADO)Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência:

12/07/2019

Data/Hora do Documento:

12/07/2019 12:31

PCT VITIMA DE ACD MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM MÃO DIREITA E MIE.

HD: FRAT. DE COLO DE 4º METACARPO DIREITO E DIAFISE DE 3º METACARPO DIREITO.

AVALIADO PELO GRUPO DE MÃO. QUE INDICOU CIRÚRGIA

FERIMENTO EM JOELHO DIREITO EVOLUIU COM INFECÇÃO, SENDO SOLICITADO PARECER DO CCIH QUE
ESTA REALIZANDO ACOMPANHAMENTO
SEGUE EM USO DE CIPRO E CLINDA.
paciente com queixa de dor ao urinar

AG MELHORA DA PELA DO JOELHO D, E CX DA MÃO.

AG TRANSFERÊNCIA

RESGATO SU CO INFECÇÃO URINÁRIA E USG VVUU SEM ALTERAÇÕES

INICIO CIRPOFLOXACINO

SOL NOVO RX MÃO

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962

Atendimento: 3344653

Dt Atendimento: 17/06/2019 - 10:28

Dt Alta: 14/07/2019 - 00:22

Paciente: 1089065 ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 155 TRAU 14-02 - POSTO II

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 10 TRANSFERENCIA PARA OUTRA UNIDA

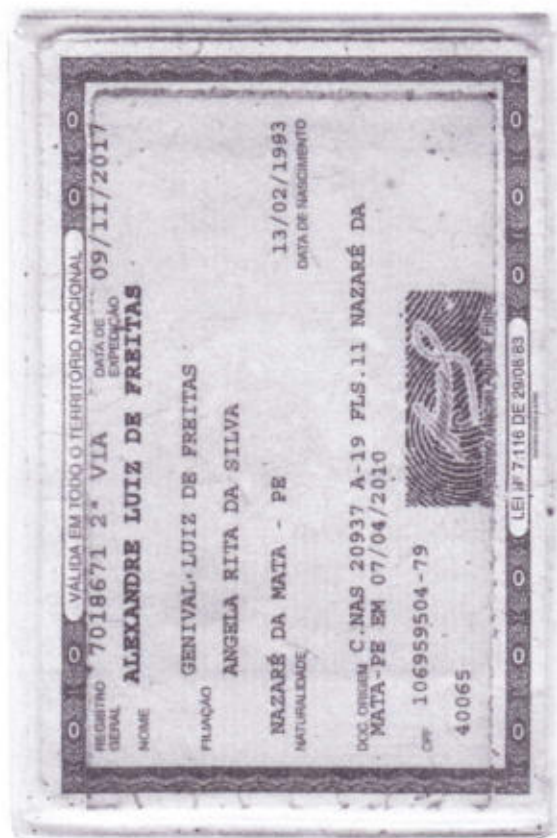
Usuário: GLAUCINETEAB

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/11/19

A
SEGURADORA LÍDER
NESTA:

EU: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS;
VENHO ATRAVÉS INFORMAR ACERCA DO

ACIDENTE OCORRIDO NO DIA 16/06/2019, ÀS 21:00 HS
ONDE FRATUREI A MÃO DIREITA, JOELHO QUE UDMIU
NO AFETAMENTO "ASTENDSE; ENFREITAMENTO NA
VRETA.

NARRE'NA MATA, 22 SETEMBRO/19

Alexandre Luiz de Freitas

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS
CPF: 106.959.504-79

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190687719 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATIZADO (FERIMENTO LACERO CONTUSO JOELHO , PERNA E PÉ DIREITO , LESÃO NA URETRA PENIANA , FRATURA DO 3º E 4º METACARPO MÃO DIREITA),

Descrição do exame físico: APRESENTA AO EXAME FÍSICO CREPITAÇÃO , EDEMA E DOR NO JOELHO ESQUERDO (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA), EM USO DE Sonda Vesical de Demora .

Resultados terapêuticos: FERIMENTO LACERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO SUBMETIDO A SUTURA DE FERIMENTO, EVOLUINDO COM ARTRITE SÉPTICA , SENDO REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR PARA LIMPEZA CIRÚRGICA E TRAUMA PENIANO, EVOLUINDO COM RETENÇÃO URINÁRIA DEVIDO A UMA ESTENOSE URETRAL SENDO REALIZADO CISTOSTOMIA , NO MOMENTO EM USO DE Sonda Vesical de Demora , AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO UROLÓGICO. PACIENTE EM TRATAMENTO MÉDICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 19/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 120 dias.

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: 3190687719 **Cidade:** Nazaré da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º E 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.
TRAUMA CORTO CONTUSO DE JOELHO DIREITO, EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P10 P12 P17 P24 P32 P38 P48)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (X) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0441651/19

Vítima: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

CPF: 106.959.504-79

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 16/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS : 106.959.504-79

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: 09/12/2019
Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS
CPF: 106.959.504-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

MARIA ERICA ARAUJO COELHO