

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

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

Rio de Janeiro, 13 de 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



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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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?

[**X**] 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 [**X**] 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.



Roberto de Castro Costa

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:

106.959.504-79

4 - Nome completo da vítima:

ALEXANDRE LUIZ 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 LUIZ DE FREITAS

6 - CPF:

106.959.504-79

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA JOSÉ DE O. VASCONCELOS 189

9 - Número:

189

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Alto das Santas

12 - Cidade:

NAZARÉ DA MATA

13 - Estado:

BA

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 10054

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 19707

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: [REDACTED]

(Informar o dígito se existir)

CONTA: [REDACTED]

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 invalidade 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

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 (viver 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 Lider pagará, caso devidamente, 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 substituído)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

NAZARÉ DA MATA, 22 SET 2019

* Alexsander Lui de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
9112119



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 N.º 19E0140001119

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

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

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

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: **NAZARÉ DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7018671/GOIAIS/PE (RG), 10695950479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Profissão: **OUTRAS PROFISSÕES** Telefones Celulares:
- 96594227

Residencial: **RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS - NAZARÉ DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE NAZARÉ DA MATA, 184, ALTO DA SANTA - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - NAZARÉ 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 Araujo
 09/12/19

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE VINHA CAMINHANDO, PELO ACOSTAMENTO, NA BR408, QUANDO UMA MOTO DESGOVERNADA SURGIU 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
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS
(VITIMA)

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

KOTE SEGURANÇA
Erica Araújo
09/12/19

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:

106.959.504-79

4 - Nome completo da vítima:

ALEXANDRE LUIZ 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 LUIZ DE FREITAS

6 - CPF:

106.959.504-79

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

RUA JOSÉ DE O. VASCONCELOS 189

9 - Número:

189

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

Alto das Santas

12 - Cidade:

NAZARÉ DA MATA

13 - Estado:

BA

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 10054

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 19707

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 invalidade 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 invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

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 (viver 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 Lider pagará, caso devidamente, 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 substituído)

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

NAZARÉ DA MATA, 22 SET 2019

* Alexsander Luiz de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
9112119

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE WILZ DE FREITAS,
RG nº 7018676, data de expedição 09/11/17, Órgão SSS/PI
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)	<u>RUA JOSÉ DE OLIVEIRA VASSOURAS</u>
Número	<u>484</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ALTO DA SERRA</u>
Cidade	<u>NAZARÉ DA MATA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>53800-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Nazaré da Mata, 02 setembro 119

Assinatura do Declarante:

*Alexandre Wilz de Freitas.

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
0912019



SECRETARIA DE SAÚDE DE
Nazaré da Mata



RECEITUÁRIO

Alexandre Luiz de Freitas
Av. Antônio no Urologia
do Hospital Getúlio Vargas.

D. Paulo / D. Rafael (R2
de Urologia) - 6-a feira às
8h.

Pessoal Vejam no Vai
falar com GW para
tentar apurar este R\$42.
Muito,

20/07/19

Luciano Souza Pires
Urologista
CRMPE 13005

Fundo Municipal de Saúde: Rua Mal. Dantas Barreto, 1253 - CNPJ: 09.814.269/0001-66

KOTE SEGUROS
Erica Araújo
09/12/2019

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 retrôgado 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
01/12/19

Sex: F
Data de nascimento:
ID:771437

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

Dir.



NÃO ESPECIFICADO
NÃO ESPECIFICADO
W: 4096, H: 2048
ID de técnico/admin

17 HOSPITAL JACOBATÃO DOS GUARAPAPES
Escala:0.1



CLINICA GERAL

Registro N.º 31650

Atendimento: 529056

Data 16/06/2019

Hora 21:47

Usuário: GABRIELVLG

05:40 ce,

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

CNS: 898002337299963

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

Telefone: 558193376730

Mãe: ANGELA RITA DA SILVA

CEP: 55800000

Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS

Cidade: NAZARE DA MATA UF: PE

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

QPD / HDA: Paciente vítima de Acidente de moto com presença de feridas profundas no mid com exposição de tendão e ossos.

EXAME FÍSICO: EG Reg, cote, AAA. Espneico Glasgow 15. PA = 120 x 80
AOV = NDN
AR = NDN.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: 1) Nával 100mg - 01 Amp + 100ml SF, 2) Envio 21 SF 500ml, EV.

Protocolo Samu = S 642284.

Realizo contato com Samu PI confirmar envio de viatura às 00:10; ATENDENTE

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Informa que está provisoriamente com 100% de melhora.

2:50 -> Paciente c/ dor.

8: SF 0990 500ml EV afora

8: Cetoprofeno Dampa + 100ml SF, 9% EV afora

8: Fim de Samu

*Destino do Paciente: () Alta para casa CRM-PE 27.439 Encaminhamento ao ambulatório () Internamento

Transferência para outra unidade () Óbito () Outro: HOF S707S19

*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
JORIB SAMICO

Médico - Carimbo e Assinatura

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
09/2019

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:	6

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
09/06/19

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

Data Impressão: 16/06/2019 21:47

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

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

Nome do Paciente

Francisco Lira de Freitas 26y

Quadro Clínico: Paciente Sobre Acidente Automobilístico. Jogo motocicleta, apresenta lesão facial, um mês de idade, no topo do crânio, com 7cm de exposição óssea e outro de 14cm com exposição da fibra muscular. Relata também dor em mãos (D).

Diagnóstico: 1) Fratura exposta em mão e joelho direito.
2) Fratura mão (D).



1º REMOÇÃO	Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
-------------------	---------	-----------	------------	--------------

Motivo (Registro Detalhado) S 642284 (SAMU) 16/06/10

2º REMOÇÃO	Assinatura do Médico Assistente	Mº do C.R.M	Data
-------------------	---------------------------------	-------------	------

Médico SAMU 25810 16/06/10

Destino	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 SEGUR
 Erica Araújo
 Cacella



RECEITUÁRIO

Alexandre Vaz Freitas

Rx Vicks Aérosol 100g
te + 30 dias fezendo
100 gotas de frívoros
descontínuas

09/06/19

Luiz Roberto
Médico - CRM/PE 5627
Mat/12.598

KOTE SEGUNDO
Erica Araujo
carol

**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 CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLÍNICA.

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 JABOTÃO 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 PIOPENICA

DATA DE INTERNAMENTO: 13/07/2019

DATA DA CIRÚRGIA:

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019 HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. JABRAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 4 DE SETEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

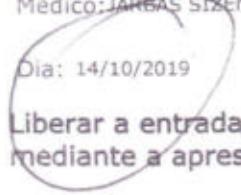
Atendimento: 142342

Correio: 505 - AMBULATÓRIO

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 ambulatório.

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

KOTE SEGUROS
Erica Araujo
callida

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 LaudoMédico): 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese Órtese |
| <input type="checkbox"/> Diária de UTI | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti -- Rh | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |

Resumo do Caso: PORTADOR DE ARTRITITE SEPTICA DE JIOELHO 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: Luyomar

Data: 04/09/2019 09:00

Prontuário: 771437

Leito Obs: ENF 10 - LEITO 03

Sexo: Masculino

RECEITUÁRIO

Descrição:

AO AMBULATÓRIO DE UROLOGIA



Jaboatão dos Guararapes,

04/09/2019

Antônio Almeida
Médico
CRM 11481

Médico: ANTONIO DE ALMEIDA
Pereira
11481



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

FAT.SAM.01

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS 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 184 Bairro: Alto do Santa Cruz de mata

NOME DA MÃE: Angela Rita da Silva

DATA ADMISSÃO: 22/07/2019 DATA ALTA: 29/07/2019

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

DIAGNÓSTICO: Artrite Piogênica não Especificada
do Joelho Direito — — — — —

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular Cláus /
Sinovectomia de médias / grandes
Articulações + manipulação Articular

MÉDICO: Jarbas Silveira

CREMEPE: 17460

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

João Paulo Romário
Médico
CRM: 22822

MÉDICO

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: 10695950478	Identidade: 7018671 - SDS/PE	Fone:
Est. Civil: SOLTEIRO	Conjuge:	
Esocleridez:		
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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Doenças: ... - D

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATÓRIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINÁRIO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA: *fractura*

Li e CONCordo com as NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CLIENTE:

Data: 29/07/2019 - Hora de Saída: ____ : ____ h - Médico: _____

Av. Geral Mamede Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 3482-9688 - www.hmjpe.org

Assinatura do paciente
KOTE SEGUROS
Erica Araujo

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	6366067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	6366067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Nº Prontuário
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS	771437

Código Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia
700805-06700668	13/02/1993	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input checked="" type="checkbox"/> 03 - Pardo	<input type="checkbox"/> 0000 - Não Se Aplica

Nome da Mãe	Teléfono de contato
ANGELA RITA DA SILVA	

Nome Pessoal	
ANGELA RITA DA SILVA	

Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO	

Município	IBGE	UF	CEP
NAZARE DA SEXTA	280960	PE	56800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sintomas e Sintomas Clínicos	
<i>Ede- + Hyper. + Catar L- a/ + gall- Ø</i>	

Condições que Justificam a Internação	
<i>adm. clín.</i>	

Principais Resultados das Provas Diagnósticas	CID 10 Principal	CIC 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
<i>Anti-Neutrof.</i>			

Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Cópia do Procedimento

Nome	Caracter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	

Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Date de Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
	22/07/2019	<i>CRMEPE 2333</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajetos			

Vínculo com a Previdência	
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		

Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	20153355550007

Data de Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	<i>Erica Araujo</i>

KOTE SEGUROS
Erica Araujo

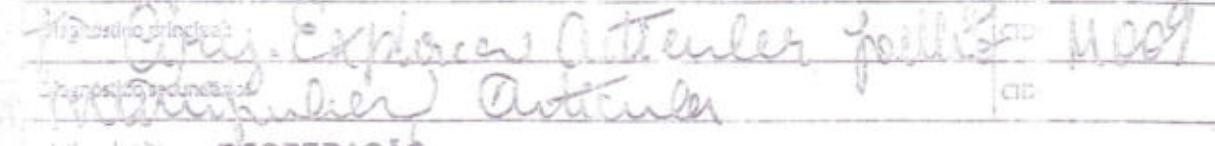
JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

六

Present in the 2° floor
Lingere, for publishing 079
Lingere Exploring Attic in
puff D + menippe Attic.

Dr. LEONARD COHEN GOULD, M.D., of Chicago
Medical
Center, Chicago, Illinois

Nome do paciente:	Alexandre Louz de Freitas		
Clinica:	Ortopedia	Enfermaria:	16 Leito: 01
Nº protocolo:	23063-1	Nº ABE:	
Diagnóstico (constante no laudo médico):	Síndrome de Ehlers-Danlos		
Diagnóstico solicitado:	Osteoartrose múltipla		
Local de demanda (a previsão):	Ortopedia		
Local de realização:	Ortopedia		
Equipe:	Dra. Diana Souza		
Nome:	Articulacão		
Matrícula:	010806015		
01	Equipe:	Equipe	
02	1. Auxílio cirúrgico		
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas	Dra. Diana Souza	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais			
<input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Diária de uti <input checked="" type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Uso de prótese óssea <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			
PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE DO SEGUNDO ATO CIRÚRGICO. SENDO NOVAMENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAÇÃO DE OUTRO TEMPO CIRÚRGICO.			
			
Motivo da alta:	REOPERAÇÃO		
Internação:	22/07/19	Altas:	29/08/19 79
Dias de hospitalização:			

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 028854 000063

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIÓGENICA, 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

05. Anestesia:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

- 1- PACIENTE EM DOH SOB RAQUIANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSPSIA
- 3- COLOCACAO DE CAMPOS ESTEREIS
- 4- AMPLIACAO DE INCISAO LATERAL, PARAPATELAR
- 5- SAIDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECRECAO PURULENTA EM GRUMOS
- 6- REALIZADO EXPLORACAO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL E REMOCAO DE FIBROSE RETROPATELAR. REALIZADA MANIPULACAO ARTICULAR JOELHO DIR = ADM D-110º
- 7- LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% 5L
- 8- COLOCACAO DE DRENO DE PENROSE N.2
- 9- APROXIMAÇÃO EXTREMIDADES F.O COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR POR 2º INTENSAO
- 10- CURATIVO

Dr. Jardas Sizenando Filho
Oncologista
CRM-PE 160801162

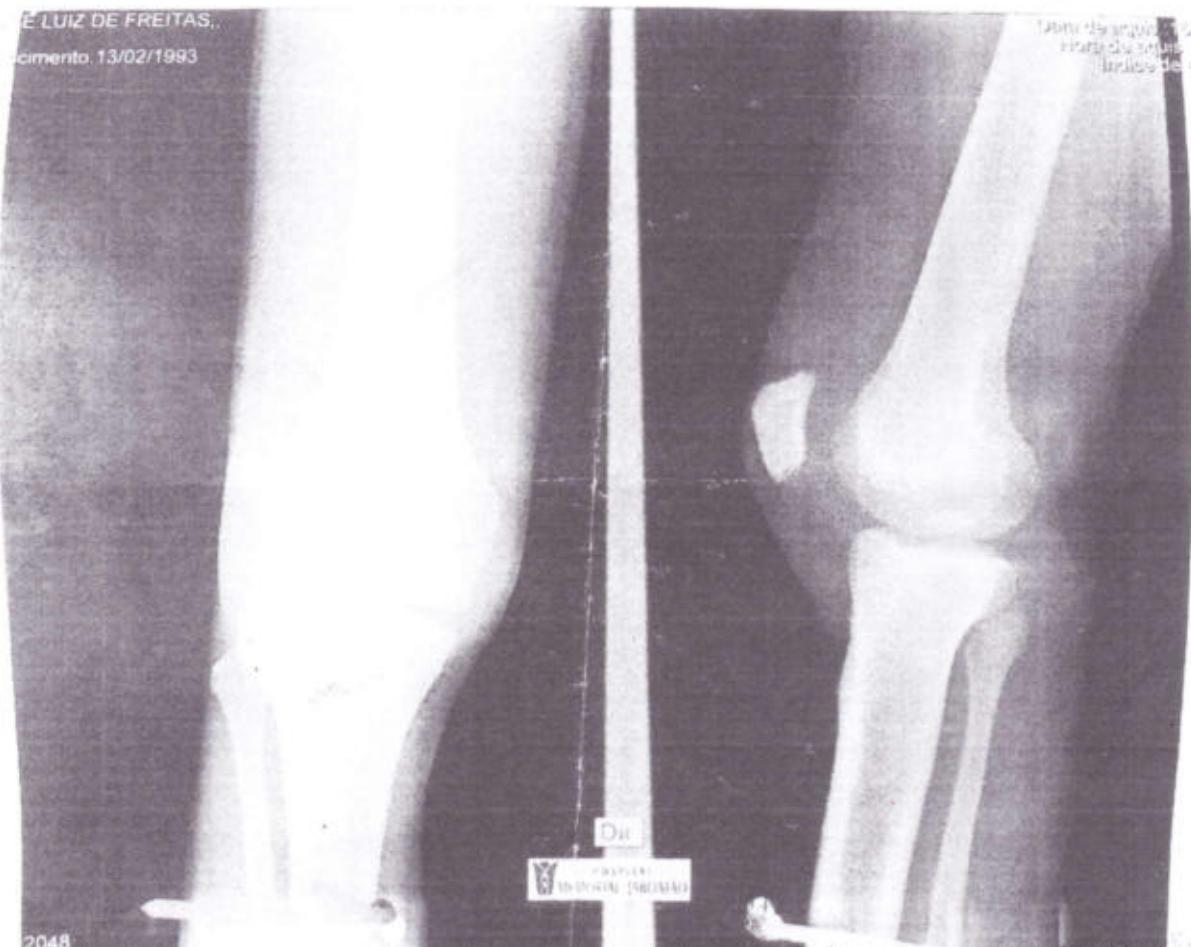
JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

E. LUIZ DE FREITAS.

cimento. 13/02/1993

13/02/1993
13/02/1993
13/02/1993



2048
adulto

ATAO DOS GUAR



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

REVISÃO

F.AT.SAM.01

00

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

NOME: Alexandre Luiz de Freitas

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

RG: 70.186.71 ORGÃO EMISSOR: SOS/GO

ENDEREÇO: Rua: José de Oliveira Vassouras
nº: 184 Bairro: Alto da Santa Nagara do mato

NOME DA MÃE: Angela Rita da Silva

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 12/08/2019 CID: M00.9

DIAGNÓSTICO: Artrite Piogênica não Especificada
do Joelho Direito — — — —

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular (lens)
Sinovectomia de médias / grandes
Articulações + Manipulação Articular
— — — — — — — —

MÉDICO: Jurbas Silveira

CREMEPE: 37460

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

João Paulo Romão
CRM-PE: 22622

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Endereço: 234649

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 01

Diagnóstico Inicial (Constante no LaudoMédico): ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIR

CID: M009

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

Tipo de Internação Previsto:

0408060100/2

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:

4. Demais Auxílios Cirúrgicos:

5. Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

6. Clínico:

7. Clínico:

Procedimentos Especiais:

Mudança de Procedimento
 Diária de UTI
 Diária de Acompanhante
 Vacina Anel -- Rh

Uso de Prótese Órtese
 Uso de Fármacos de Coagulação
 Uso de Oxigenadores
 Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIA

Diagnóstico Principal: M009 - ARTRITE PIÓGENICA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta: Transiente para clínica médica

Data de Internação: 12/08/2019

Data de Alta: 29/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

Jose Genes Sales Carvalho
 Ginecologista e Obstetra
 Médico do Trabalho
 CRM 4520 - CFC: 076.832.034-87

ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023



Laudo para solicitação de autorização de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	Nº Prontuário
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS	771437

Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	RaçaCor	Etnia
700808139003866	13/02/1993	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica

Nome da Mãe	Telefone de contato
ANGELA RITA DA SILVA	

Nome Responsável	
ANGELA RITA DA SILVA	

Endereço (Rua, N°, Bairro)	IBGE	UF	CEP
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO	260950	PE	55900000

Principais Sinais e Sintomas Clínicos	LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
---------------------------------------	---

Doenças crônicas

anemia

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Exame Físico

Diagnóstico Inicial / Código

CID 10 Principal CID 10 Secundário CID 10 Causas Associadas

Diagnóstico Inicial / Código

Descrição do Procedimento Solicitado

Código do Procedimento

Caráter da Internação

Documento

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

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 VIOLENCIAS)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajetos			

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)

Documento

Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

CNS CPF 20153356580007

Data de Autorização

Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

José Genes Sales Cavalcanti

Ginecologista e Obstetra

Médico de Trabalho

CRM 4520 - CPF: 076.632.934-87

25

Paciente em seu 2º turno
cirúrgico, com artrose septica
do joelho D.

Foi realizada OTD eclusiva
de Explosões articulares + mani-
pulação articular no joelho D

José Gomes Soares Cavalcanti
Ginecologista e Obstetra
Médico de Trabalho
CRM 4520 / CPF: 076.632.934-87

HOSPITAL MEMORIAL JABOTÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 234649

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 700808439003886

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	Cônjugue:	
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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINARIO:

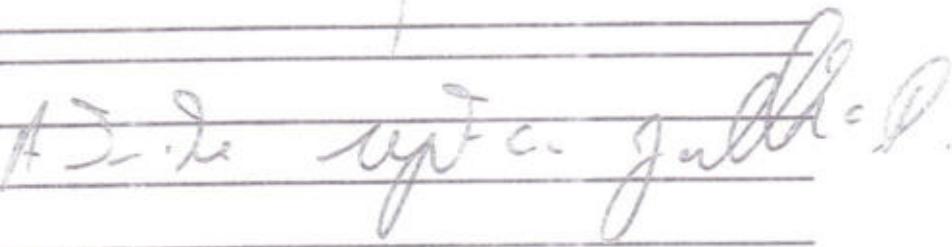
HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO

CIENTE:

Data: 09/08/19 - Hora de Saída: ____ : ____ h - Médico: 

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

Telefone: (81) 3482-0688 - www.hmjpa.org

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Endereço: 228854

Sexo: Masculino

Prontuário: 771437

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Sintomas Pré Operatório: M009 - ARTRITE PROGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Local Operatório:

Procedimento(s) Realizada(s): 0408060123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408060138 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 12/08/2016

Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

1. Auxílio Cirúrgico:

2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

Anestesia:

Anestesista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSPSIA

COLOCACAO DE CAMPOS ESTEREIS

REMOCAO PONTOS SUTURA F.O PARAPATELAR LATERAL

SAIDA DE PEQUENA QUANTIDADE DE SECRECAO PURULENTIA EM GRUMOS

REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM REMOCAO DE FRAGMENTO OSTEOCONDRAL SOLTO, OBSERVADA LESAO CONDRAL EXTENSA

TELAR.

INCISAO PARAPATELAR MEDIAL +/-3CM +/- HEMOSTASIA

REALIZADA MANIPULACAO ARTICULAR JOELHO DIR = ADM 0-30°

LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% 5L

- COLOCACAO 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

S: ENVIADO MATERIAL PARA CULTURA (FRAGMENTO SINOVIAL E OSTEOCONDRAL PATELA)

J. Sizenando Silveira Filho
Orthopedic and Traumatologist
CRM-PE: 17460 SBOT: 13236

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

Processo:	GESTÃO DE PESSOAS	CÓDIGO	REVISÃO
		FAT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIOS 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: SOS/GO,

ENDEREÇO: Rua José de Oliveira Vasconcelos
nº 184 Bairro: Alto de Santa Nazaré 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 Piogênica não Especificada
joelho Direito — — — — —

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular c/ens/ Sinovectomia de médias / grandes Articulações + manipulação Articular

MÉDICO: Carlos Silveira

CREMEPE: 17460

JABOTÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

João Paulo Romenio
Médico
CRM-PE 1067

MÉDICO

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Atendimento: 232006

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:

01/08/2019

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

01/08/2019 - manipulação articular

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 CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIA

Diagnóstico Principal: M009 - ARTRITE PIÓGENICA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 29/07/2019

Data da Alta: 01/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s).

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460

Dr. JARBAS SIZENANDO FILHO
CRM 17460
OAB 2907123

José Genes Sales Coimbra
Ginecologista Obstétrica
Médico do Trabalho
CRM 4821 - Pça. 078, 832.934-27



Laudo para solicitação de autorização de Internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente				Nº Prontuário
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS				771437
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia
700000000000000000	13/02/1963	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
Nome da Mãe				Telefone de contato
ANGELA RITA DA SILVA				
Nome Responsável				
ANGELA RITA DA SILVA				

Endereço (Rue, Nº, Bairro)
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO

Município	IBGE	UF	CEP
NAZARE DA MATA	260980	PE	38800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

(Ponto de - Antigo epí-c-
junto - D síndrome i- perturbado
de d- cl- c-)

Condições que justificam a internação

Principais Resultados da Prova Diagnóstica

Ex- Fim- c-

Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
entro AD-1a Sep- c-			

Descrição do Procedimento Solicitado	Procedimento	Código do Procedimento

Nome	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 Cárismo (Nº do Registro do Conselho)

29/07/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)					
() 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 Autorizado:	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação - Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	

(X) CNS () CPF 20153335660007

Data de Autorização	Assinatura e Cárismo (Nº Registro do Conselho)

José Genes Sales Cavalcanti

Ginecologista e Obstetra

Médico do Trabalho

CRM 4620 - CPF: 076.632.934-07

Paciente admitido neste
hospital, vindos do Ambulatório
com artrose septică joelho D.

Sendo realizados o Tc-^{99m}
de Exploração Articular + manipulação
articular no joelho D.

contínuo interromendo o
realização de outros procedimentos
Cirúrgicos.

José Geraldo Sales Colares
Ginecologista e Obstetra
Médico do Trabalho
CRM 1820 - CPF: 076.832.99

Doutor José Geraldo Sales Colares
Médico do Trabalho
CRM 1820

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 232006

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Cartão SUS : 700808439003886

Responsável:

Observação:

Prontuário: 771437	Data/Hora: 29/07/2019 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: 10685930478	Identidade: 7018671 - SDS/PE	Fone:
Est. Civil: SOLTEIRO	Cônjugue:	
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

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Doenças - Enfermidade - e febre

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATÓRIO:

ABDOMEN:

AP - GENITO - URINÁRIO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

LI E CONCORDO COM AS NORMAS ESTABELECIDAS POR ESTA INSTITUIÇÃO
CIENTE:

Data: 12/08/19 - Hora de Saída: _____ h - Médico: Dr. J. L. M. Carvalho

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

Alcool Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0408050123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408060158 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 23/07/2019

01. Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

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



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 LaudoMédico): ITU E ARTRITE SEPTICA DE JOELHO

CID: N390

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

02 dias

0303150050

Procedimento SUS Realizado:

0 m/00

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: melhora

Data de Internação: 29/08/2019

Data da Alta: 04/09/2019

Dias de Hospitalização: 05

dia (s).

ANTONIO DE ALMEIDA PEREIRA

CRM: 11481



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES	6356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS	Nº Prontuário	771437
CPF	700602436003858	Data de Nascimento	13/02/1993
		Sexo	Masculino
			Feminino
		RacaCor	03 - Parda
		Etnia	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

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

S.U. INFECCIOSO= ITU	
Condições que justificam a internação	
QUADRO CLÍNICO	

Principais Resultados de Provas Diagnósticas	
9 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)			

Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO	Código do Procedimento
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO		0303150060

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

Vínculo com a Previdência	() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desampregado	() Aposentado	() Não Segurado
---------------------------	---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado	Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL		
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional	
(X) CNS () CPF	201533356580007	JGDS - Gerência de Controle e Atividades
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) ou Dourado	
		Assinatura da Auditora/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:
Conjugado: 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
OSSERVAÇÃO:

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, EUPINÉICO, AFEBRIL, SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

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

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

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

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS 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: SNS/60

ENDEREÇO: Rua José de Oliveira Vaz e Célos
n:184 Bairro: Alto da Santo Nazare de mate

NOME DA MÃE: Angela Rita da Silva

DATA ADMISSÃO: 13/07/2019 DATA ALTA: 22/07/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 16/07/2019 CID: M00,9

DIAGNÓSTICO: Artrite Piogênica joelho Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Artrite Infecciosa do joelho Direito +
Exploração Articular Com Sinovectomia
Parcial

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17424

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

João Paulo Ribeiro
Médico
CRM-PE/26622

MÉDICO

Nome do paciente		Alexandre Luiz de Freitas		
Clinica:	Ortopédico	Enfermaria:	12	Letra: O
Nº protocolo:	228854	Nº AIH:		
Diagnóstico inicial (classificação no ato médico)			CID: M009	
Prócedimento solicitado:			Código: 015010012	
Tempo de permanência previsto:				
Procedimento realizado:				
Código	Equipe	Nome		Código
01	Cirurgião	Antônio		0108000123
02	1. Auxílio cirúrgico			
03	2. Auxílio cirúrgico			
04	3. Auxílio cirúrgico			
05	Demais auxílios cirúrgicos			
06	Anestesiistas	108 Ramires		
07	Clinico			
08	Clinico			

Procedimentos especiais

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudança de procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de prótese órtese |
| <input type="checkbox"/> Diária de uti | <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diária de acompanhante | <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti-RH | <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Resumo do caso

PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE DO PRIMEIRO ATO CIRÚRGICO. SENDO NOVAMENTE ENCAMINHADO PARA REALIZAÇÃO DE OUTRO TEMPO CIRÚRGICO.

Diagnóstico principal: Liqu. Cutâneo infecioso joelho D CID: M009

Diagnóstico secundário:

Motivo de alta: REOPERAÇÃO

Internado: 13/07/1982 Alta: 22/07/1982 Dias de hospitalização:

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Bemor - 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 PRONTUÁRIO

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

DOR E SANGRAMENTO EM MÍD

18- INDICAÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

EXAME FÍSICO

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

FERIMENTO DA Perna, PARTE NAO ESPECIFICADA - S819

Fer. lumboscol

21- CID 10 SECUNDARIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

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

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: N.º.8500

27- CARATER DA INTERNACAO

URGENCIA E EMERGENCIA

23172797449

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

17/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

35- 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 ÓRGÃO EMISSOR

45 Nº DO DOCUMENTO (CRM/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - 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 5801 10096Hospital Memorial de Fábioata
Sorocaba: 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: 25 Anos, 5 Meses e 0 Dia
Profissão:
Escolaridade:
CPF: Identidade: 201951
Telefone:
Conjugue:
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:

RESUMO DE INTERNAMENTO

STÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
FRATURA DO 4º MTC PACT 21 DIAS DE FRATURA AUTORIZADO PÓR 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 FÍSICO GERAL:

EGREG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T, BNF, S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

ABDOMEN:

IND

- GENITO - URINARIO:

IND

OUTROS:

SEM EDEMAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

*fractura do 4º mtc
fase 2- ITU*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

20/07/2010

HORA DE SAÍDA:

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

*Airley Alves
Neurologia
CRM-22473*

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Paciente internado neste hospital
vindos H.Q.F. com Fratura 4º MCLD +
lesão em joelho D - Artrite septica.
Sendo realizado em 1º turno o
lavagem de artrose infeciosa do
joelho D + Exploraç. Articular.
Continua internado p/ realizar
em outro turno o TBO Difinitivo

Assinatura

~~Dr. JOSÉ CARLOS DE JESUS
GREBE 13550~~



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

Pacote 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: 16/07/2019

01. Cirurgião: ALVARO COELHO DE LEO

02. 1. Auxílio Cirúrgico: RODRIGO DE SOUZA M. SANTIAGO MOURINHO

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUI ANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesista: RANILSON JOSE FAGUNDES DO NASCIMENTO

Descrição da Cirurgia:

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



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 PIÓGENICA, NÃO ESPECIFICADA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 02.04.01.032-1 coleta de material por meio de punção/biopsia genésio
de joelho

Data: 15/07/2019

01. Cirurgião: GISELLY VERISSIMO DE MIRANDA

02. 1. Auxílio Cirúrgico:

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia:

Anestesia: LOCAL

07. Anestesista:

Descrição da Cirurgia:

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



LEONNARDO COSTA GONÇALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

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

Dados do Atendimento:
Data/Hora Atend.: 17/06/2019 07:04
Prontuário: 1089065
Nº. Atendimento: 3344432
Serviço: CIRURGIA
Enfermaria/Leito:
Médico:
JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA

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, ESOCRIÇÕES EM BACIAL

Observações

FERIMENTO EXLENDO EM Perna e Joelho Direitos

Conduta

INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: Nº.8500



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 - 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: 547740 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES - Data de Referência: 02/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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: 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

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

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 549984 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES - Data de Referência: 05/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 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: 551910 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES - Data de Referência: 08/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 TRANSFERÊNCIA

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: 553362 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES - Data de Referência: 10/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 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: 553792 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES - Data de Referência: 11/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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 - Data de Referência: 12/07/2019
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA 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

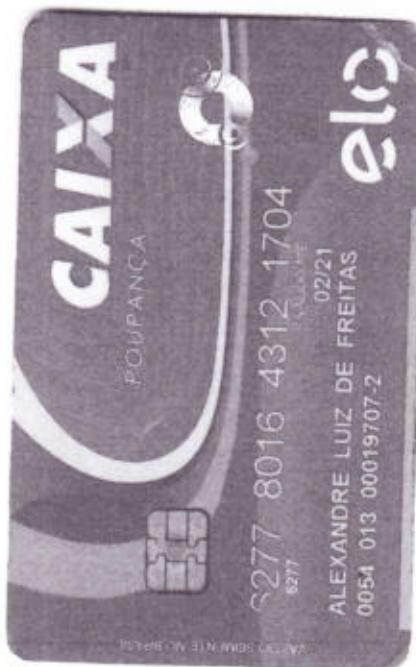
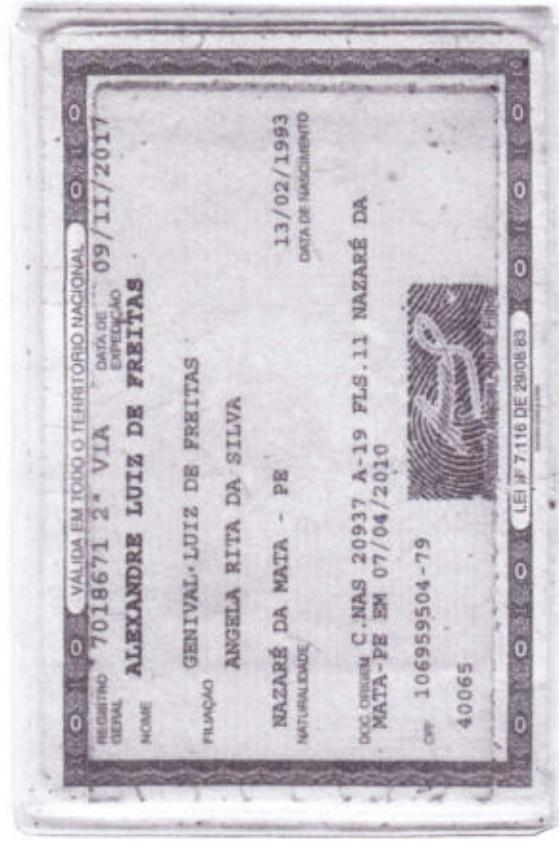
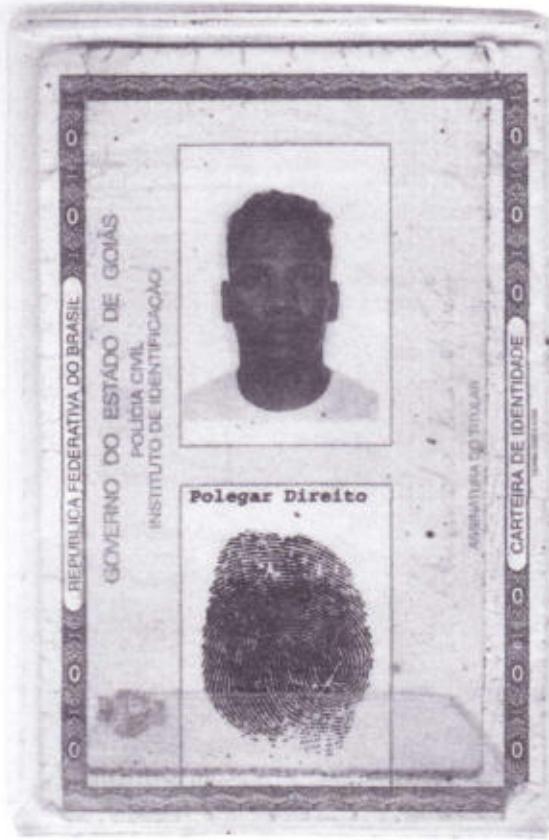
Motivo Alta: 10 TRANSFERENCIA PARA OUTRA UNIDA Usuário: GLAUCINETEAB

Diretor Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não Informado

Observação de Alta



KOTE SEGUROS
Erica Araujo
911819

A
SEGURADORA LÍDER
NESTA:
EU: ALEXANDRE WIE FREITAS;
VENHO ATRAVÉS INFORME ACERCA DA
ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 16/06/2019, ÀS 21:00 HRS
ONDE FRETEI A MÃO DIREITA, FOI SOBRE O MIOU
NO AFETAMENTO "ESTENDSE; ENFRENTANDO NA
VRETEI.

NARREI A MATA, 02 SETEMBRO/19

Alexandre WIE FREITAS
ALEXANDRE WIE 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 PÉRICA 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/06/2019

Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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