



Número: **0068910-47.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS (AUTOR)		MAXWEL DE OLIVEIRA FREITAS (ADVOGADO) MAGDIEL DE OLIVEIRA FREITAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71232 761	18/11/2020 16:28	ANEXO 1	Outros (Documento)

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.

Sequelae permanentes:

Sequelae: 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

Carta nº 15220195

Pag. 0021500216 - carta_01 - INVALIDEZ

00030100





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradotalider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 0103301034 - carta_02 - INVAUDEZ

00000067



Carta nº 15236962





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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: INVAUDEZ

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

Pag. 01099/02000 - carta_07 - INVAUDEZ

00041000



Carta nº 15310036



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.

POUTRAUMATIZADO (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 (*).

(X) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em 120 dias

() "Sem sequelas permanentes" (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

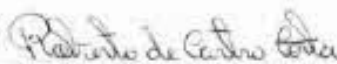
Região Corporal (Sequela):

% 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 ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

106959504

ALEXANDRE WIRZ DE FREITAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 440/2012

5 - Nome completo:

ALEXANDRE WIRZ DE FREITAS

6 - CPF:

106959504-79

7 - Profissão:

ADVOGADO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ DE OLIVEIRA

9 - Número:

134

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ELTO DAS SANTAS

12 - Cidade:

N. AZEVEDO MATA

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

19707

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou netos/netas?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Falecidos:

☐ Sim

Entou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e procurarem 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.

DADOS DO ASSINANTE

34 - Assinatura do representante legal:

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

DADOS DO TESTEMUNHA

40 - Local e Data: N. AZEVEDO MATA, 02 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 050ª CIRCUNSCRIÇÃO - NAZARÉ DA MATA - DP50ªCIRC
DINTER/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: **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 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: **NAZARÉ DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7018671/GOIAIS/PE (RG); 10695950479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **96594227**

Residência: **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 SEGURO
FRENTE A
09/12/19



Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE VINHA CAMINHANDO, PELO ACOSTAMENTO, NA BR408, QUANDO UMA MOTO DESGOVERNADA SURTIU E O ACERTOU EM CHEIO, SENDO A VITIMA 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 JABOATÃO, ONDE PERMANECU INTERNADO DEVIDOS AS COMPLICAÇÕES DO ACIDENTE. A VITIMA 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



RECEBIDO
Erick Almeida
09/12/19





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

106959504

ALEXANDRE WIRZ DE FREITAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSP Nº 440/2012

5 - Nome completo:

ALEXANDRE WIRZ DE FREITAS

CPF:

106959504-79

7 - Profissão:

ADVOGADO

8 - Endereço:

RUA JOSÉ DE OLIVEIRA LOPES

9 - Número:

134

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ELTO DAS SANTAS

12 - Cidade:

NABAREIA MATA

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55100-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

19707

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, 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 do 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou netos/filhos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Falecidos:

Entou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

DADOS ASSINANTES

34 - Assinatura do representante legal:

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: NABAREIA MATA, 22 SETEMBRO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXANDRE LUIZ DE FARIA
RG nº 7018671, data de expedição 07/11/17, Órgão SASGDIAT
CPF nº 106.959.504-79, venho perante a este instrumento declarar que não
posso 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 VALENCELO</u>
Número	<u>184</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ALTO DA SANTÁ</u>
Cidade	<u>NATÁLIA MATA</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55800-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NATÁLIA MATA, 02 DE FEVEREIRO DE 2019

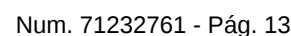
Assinatura do Declarante: [Assinatura]

PROTEÇÃO
7 FEVEREIRO 2019
09/12/19



TABLE 2.1: Financials and Cash to Shareholders					TABLE 2.2: Financials		
	Company	Market Capitalization	Current Revenue	Current Profitability	Current Cash	Current Debt	Current Equity
INC	AMERICAN SARL	1000000	1000	100	1000	1000	1000
INC	AMERICAN SARL	1000000	1000	100	1000	1000	1000
INC	AMERICAN SARL	1000000	1000	100	1000	1000	1000

NOTE: SIGNATURE
ERIC ARONSON
9/12/19





SECRETARIA DE SAÚDE DE
Nazaré da Mata



RECEITUÁRIO

Alexandre Luiz de Freitas
At. Atendimento no Urologia
do Hospital Getúlio Vargas
Dr. Paulo / Dr. Rafael (R2
de Urologia) - 6.9 fev 2019
8h

Pessoal veja no Uro
Juliano com GW para
tentar apertar este PLAZ
Abraço,

20.0719

Luciano Souza Pires
Urologista
CRM/PE 13005

Farmácia Municipal de Saúde - Rua Wlad. Gesteira Barreto, 1003 - CNPJ: 06.314.258/0001-44

NOTA SEGURA
09/12/19



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

NOTA SECURE
09/12/19



Ser:
Data de nascimento:
ID: 771437

IAO ESPECIFICADO
IAO ESPECIFICADO
W: 4095, 1: 2048
ID de técnico: admin

Dir.



Hora de aquisição: 07:47
Índice de exp.: 14/3

17 HOSPITAL JACOBINA DO S GUARAPAP

Escala





Registro N.º 31650
Atendimento: 529056
Data 16/06/2019
Hora 21:47
Usuário: GABRIELVLG
05:40 G.

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 Cidade: NAZARE DA MATA UF: PE
CNS: 898002337299963
Telefone: 558193376730
CEP: 55800000

OPD/HDA: Paciente vítima de acidente de moto com presença de lesões profundas no MTD com exposição de tendão e BMO.

EXAME FÍSICO: ECG Reg, COTE, AAA. Exame Glasgow 15. PA = 120 x 80
RCV = NON
AR = NON.

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Paracetamol 1000mg - 01 Amp + 100ml SF, 6h. Lento
2) SF 500ml EV.

Prescrição SAMU = 5642284.

Paciente admitido com SAMU PI confirmar envio de VÍDEO às OCU; ATENDENTE

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Informa que estão providenciando

2:30 -> Paciente e dor.

1) SF 0,9% 500ml EV along

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

3) Paracetamol SAMU

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao ambulatório () Internamento

☒ Transferência para outra unidade () Óbito () Outro: NOF 5707519

*Condição de Sde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

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

() AUTORIZADO INFORMAÇÃO DO CID-10

Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM-PE 27.133

Médico - Carimbo e Assinatura

NOTE SEGUIR
ERCA ANEXO
9/12/19



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

NOTA SEGUINTE
Erica Araújo
09/12/19

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

Data Impressão: 16/06/2019 21:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

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

Nome do Paciente: II SYLVIA WIE DE TIGITAS

Quadro Clínico: TE SOROM ACUTE PERI-OSTEOLITICO, DGO MOTORIPL, ACUTIZA CARTE 1-2
DO PULSO DO JOELHO MOBILIZADO COM EXPOSICAO OSSA E DGT-9, 10, 11, 12
EXPOSICAO DO TOSCA CIRCULAR. Relata também teres dorça em mão (D).

Diagnóstico: trauma exposto em MTD e JOELHO CIRCULO.

1º REMOÇÃO	Destino: <u>HOF 5707519</u>	Município	H de Saída	H de Chegada
-------------------	-----------------------------	-----------	------------	--------------

Motivo (Registro Detalhado): <u>S642254 (SAMU)</u>
--

2º REMOÇÃO	Assinatura do Médico Assistente: <u>[Assinatura]</u> CRM-PE: 25.810	Nº do C.R.M: <u>25810</u>	Data: <u>16/06/19</u>
-------------------	---	---------------------------	-----------------------

Destino: <u>Hof Samu</u>	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: [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 SECURITY
ERICK ALVES
09/06/19





SECRETARIA DE SAÚDE DE
Nazaré da Mata



RECEITUÁRIO

Alexandre Luiz Freitas

R. Vítima Acidente com
Tr. + 30 dias fazendo
uso contínuo de proteção
dentária.

09/09/19

Luiz Roberto
Médico - CREMEPE 5627
Mat 12.536-4

[Handwritten signature]

Fundo Municipal de Saúde: Rua Mal. Dantas Barreto, 1251 - CNPJ: 09.814.263/0001-86

NOTA LEGAL
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 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 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 PIOTRÓICA

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

KOTA SUD
BRICA/AR
09/09/19

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Procedimento: 142142

Orçamento: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 7 Meses e 3 Dias

Sexo: Masculino

Médico: JAMPAE STEFENANDO 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.

LABORATÓRIO DOS GUARARAPES, 14 DE SETEMBRO DE 2019

LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

CRM: 23550

CRÉDITO 23550
Médico: Leonardo Costa Gonçalves de Oliveira
CRM: 23550



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. Anestesiista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais

☐ Mudança de Procedimento

☐ Dieta de UTI

☐ Dieta 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 (9).


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





Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Atendimento: 238893

Idade: 25 Anos, 6 Meses e 22 Dias

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade: Jaboatão

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

Av. Gal. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160-000 - Jaboatão dos Guararapes-PE
Telefone: (81) 3482.9888 - www.hmjpe.org



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FATSA.M.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 Freitas

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

RG: 7018671 ÓRGÃO EMISSOR: SP/GO

ENDEREÇO: Rua José de Oliveira Mascarenhas
nº 184 Bairro Alto da Santa Luzia 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: M 00.9

DIAGNÓSTICO: Artrose Písgênica não Especificada
do Joelho Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular C/ous/
Sinovectomia de médias / grandes
Articulações + Manipulação Articular

MÉDICO: Farbas Silveira

CREMEPE 37460

JABOATÃO DOS GUARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.

JOSE PAULINO MELLO
MÉDICO
22822

MÉDICO

NOTA LEGAL
FOLHA 1

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 230001

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Cartão SUS: 70060843/003689

Responsável:

Cópias: 01

Procedência: 77-437	Data/Hora: 22/07/2019 11:08:27	Naturalidade:
Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS		Data de Nascimento: 03/02/1992 02:00:00
Sexo: MASCULINO	Idade: 28 Anos 5 Meses 18 Dias	Profissão:
CPE: 10896950479	Identidade: 701887 - SOS/PE	Fone:
Est. Civil: SOLTEIRO	Cônjuge:	
Educação:		
Nome do Pai: GENIVAL LUIZ DE FREITAS		
Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA		
Endereço: RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS	Bairro: CENTRO	
CEP: 55600007	Cidade: NAZARE DA MATA	UF:
Medico: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO	CRM: 17493	
Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA	CID:	

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Doença da coluna - fratura - D

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

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

DELENTE:

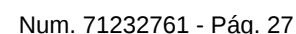
Data: 22/07/2019 - Hora de Saída: - h - Médico:

Av. Cel. Manoel Rabelo, 126 - Centro - CEP: 54160003 - Jabotão dos Guararapes - PE
Telefone: (81) 3452-9896 - www.hmpe.org

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 18/11/2020 16:28:28
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111816282869800000069839951
Número do documento: 20111816282869800000069839951



pure technology
5 min. Analysis



JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

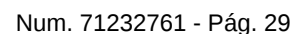
Examinado no dia 2º de Junho
de 2020, foi concluído o
Exame Exploratório Anterior
pelo D + monitorização Anterior.

Dr. Alexandre Luiz de Freitas
Med. Cirurgião
CRM 12550

Dr. Alexandre Luiz de Freitas
Med. Cirurgião
CRM 12550



Av. Gen. Antônio Ribeiro - 125 - Centro
 Igarapé do Cuariquas - PE - CEP: 541-0-000
 Tel: 071 - 320.0000 e 320.0001



Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

- PACIENTE EM OOH SOB RAQUIANESTESIA:
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 IMPLANTAÇÃO DE INCISÃO LATERAL PARAPATELAR
 SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA EM GRUMOS
 REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL E REMOÇÃO DE FIBROSE RETROPATILAR, REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR DOIS LDRS = ADM 0-110º
 LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% 5L
 COLOCAÇÃO DE DRENO DE PENROSE N.2
 APLICAÇÃO EXTREMEZIDAS 5.0 COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR POR 2º INTENSAO:
 C. BATTISTIN

D. J. A. J. J. J. J.

CRM: 17462



E. LUIZ DE FREITAS,
comente 13/02/1993

WILSON LUIZ GALVÃO,
19/02/1993, 10h 47m 10s
Resposta de 1993



FICHA DE ESCLARECIMENTO

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: 773437 DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1993RG: 7018671 ÓRGÃO EMISSOR: SPS/GOENDEREÇO: Rua José de Oliveira Mascarenhas
nº 124 Bairro Alto da Santa Regerada mataNOME DA MÃE: Angela Rita da SilvaDATA ADMISSÃO: 12/08/2019 DATA ALTA: 29/08/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 12/08/2019 CID: M00.9DIAGNÓSTICO: Artrose Praxêmica não Especificada
do Joelho DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular e
Sinovectomia de Medial / lateral
Articulação + manipulação ArticularMÉDICO: Julias SilveiraCREMEPE: 17460JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019.
João Paulo Romão
MÉDICO
CRM-PE 22622

MÉDICO



UNIVERSIDADE DE VASCONCELOS DE CARVALHO

Data: 12/08/2019 às 15:38

Nota: 22023

Sumário de Admissão e Alta

Nome: A. PRADO LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Identificador: 134545

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 01

Diagnóstico Principal (Constituinte do Laudo Médico):

ARTRITE SÉPTICA DE JOELHO DIR

CID: M009

Diagnóstico Secundário:

CH0200123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Procedimento planejado Previsto:

CH0200123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

ARTICULAÇÕES

Delegado: LARISSA RIZZIANO DE SILVEIRA FILHO

1. Assiste Cirúrgico

2. Assiste Cirúrgico

3. Assiste Cirúrgico

4. Coordenação Cirúrgica

5. Anestesiologista: DIANA SOUZA CARVALHO DOS ANJOS

6. Clínica

7. Clínica

Procedimentos Especiais:

☐ Mudança de Procedimento

☐ Clínica de ...

☐ Clínica de Acompanhante

☐ Visita Especial

☐ Uso de Prótese Ortopédica

☐ Uso de Fibras de Coagulação

☐ Uso de Oxigenadores

☐ Nutrição Parenteral

Resumo da Clínica: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIA

Diagnóstico Principal: M009 - ARTRITE REAGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Relatório de Alta: Transmissão para Clínica Médica

Data de Internação: 12/08/2019

Data de Alta: 23/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia (s)

ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023

Av. General Manoel Ribelo - Nº125 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54150-000

TELEFONE: 3442-9898 - www.hmjpe.org





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO
CNPJ	CNPJ
3356067	3356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente				Nº Prontuário	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS				771437	
Carteira Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
700806438053886	13/02/1993	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe				Telefone de contato	
ANGELA RITA DA SILVA					
Nome Responsável					
ANGELA RITA DA SILVA					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 184 - CENTRO					
Município		BGE	UF	CEP	
JABOATÃO DA WATÁ		280950	PE	55200000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

Descrição do Procedimento Solicitado		PROCEDIMENTO SOLICITADO		Código do Procedimento	
SUSCIP		Caráter da Internação		Documento	
		☐ SUS ☐ PPS		Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Solicitante/Assinante	
Nome do Profissional Solicitante/Assinante		Data de Solicitação		Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
		12/05/2019			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Seguro	Série
☐ Acidente Trabalho Típico	CNPJ Empresa	CNAE da Empresa	CBO
☐ Acidente Trabalho Trajetória			
Vínculo com a Previdência			
☐ Empregado	☐ Empregador	☐ Autônomo	☐ Desempregado
☐ Aposentado	☐ Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Orgão Emissor	Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador		
☒ CNS ☐ CPP	20153235850007		
Data de Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
<i>Dr. Carlos Sales Cavalcanti</i> Osteopata (R. Conselho) Médico de Família CRM 1828 - CPF: 075.632.324-91			





HOSPITAL
MUNICIPAL DE JABOATÃO

JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ FREITAS

Responde em seu 2º turno
diurno, com carteira própria
do hospital.

Foi realizada a OTE e fusão
de Enclases Articular + manipu-
lação Articular no joelho D.

Dr. Carlos Roberto de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1572 / DF - 078.632.934-47

2



HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 234649

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Cartão SUS : 700805439003886

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

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 8 Meses 17 Dias Profissão:
 CPF: 10655550479 Identidade: 7018011 - 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 FISICO 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: 29/08/19 - Hora de Saída: h - Médico:

Av. Gá. Marcel Rebelo, 125 - Centro - CEP: 54150000 - Jaboatão dos Guararapes - PE
 Telefone: (81) 3482-0606 - www.hmjda.org



Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Exames: 228856

Unidade de Internação / Leito: ENF 16 - LEITO 01

Sex: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 9 Dias

Indicação Pré-Operatória: INDS - ARTRITE PROGENICA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico:

0408080123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR (V) OU (S) SINOVECTOMIA DE MÊDIAE / GRANDES ARTICULAÇÕES
0408080138 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Atividade:

Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

1. Anestesia Cirúrgica:

2. Anestesia Geral

3. Anestesia Regional

Anestesia: RAQUILANESTESIA

Anestesiologista:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CARVALHO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

Paciente em DOR SOB RAQUILANESTESIA.
ASSÉPSIA E ANTISSEPSIA
COLOCADOS OS CAMPOS ESTERÉIS
REALIZADO PONTOS SUTURA P.O. PARAPATELAR LATERAL
SAÍDA DE ADEQUADA QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA EM GRUMOS
REALIZADO EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM REMOÇÃO DE FRAGMENTO OSTEOCONDRAIS SOLTOS. OBSERVADA LESÃO CONDRAIS EXTENSAS.
REALIZADO PONTOS SUTURA P.O. PARAPATELAR LATERAL + SCL + HEMOSTASIA
REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR DOBRO DTR = ADM 0-10°
LAVAGEM ABUNDANTE COM SÁ 0,9% CL
COLOCADO O DRENO DE PENROSE N.2
APROXIMAÇÃO EXTREMIDADE DISTAL P.O. PARAPATELAR LATERAL COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FENDA ABERTA PARA CICATRIZAR P.O.
FENDAS
CURATIVO
4. MATERIAL PARA CULTURA (FRAGMENTO SINOVIAL E OSTEOCONDRAIS PATELA)

JARBAS SIZENANDO FILHO
CRM: 17450

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17450





Processo

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FAT5/M.01

REVISÃO

00

NOME: Alexandre Luiz de Freitas

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

RG: 7012671 ORGAO EMISSOR: SPS/GO

ENDEREÇO: Rua José de Alencar Vasconcelos

v: 124 Baixo Alto de Santa Nazari de mte

NOME DA MÃE: Angela Rita da Silva

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

DATA DO PROCEDIMENTO: 29/07/2019 CID: M009

DIAGNÓSTICO: Artrite, Progenitor não Especificada

Yellow Perch — 11 — 4 — 1 —

TRATAMENTO REALIZADO: Exploração Articular c/aus/

Superectomia de mediana / grandes

Articulações + Manipulações Articulares

_____ // _____ // _____

MÉDICO: Jarbas Silveira

CREMEPE: 17460

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019

João Paulo Romão
Medicine

MEDICS

Av. Gen. Manoel Kabeiro • 42m • Centro
Libertação dos Camagapes - PE • CEP: 54.160-000
F.: 81 • 3402.9870 • www.bmpe.com.br



Unidade: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

Data: 29/07/2019 12:17:00

Nome: 23127

Sumário de Admissão e Alta

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Idade: 222005

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 16 - LEITO 01

Diagnóstico Principal (Código de Classificação):

ARTRITE SEPTICA DE JOELHO DIR

CID: M009

Procedimento Realizado:

340000123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

340000123 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÊDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES

Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

1. Cirurgia:

2. Anestesia Cirúrgica:

3. Anestesia Cirúrgica:

4. Demais Atos Cirúrgicos:

Anestesiologista: DIANA SOUZA CARUTO DOS ANJOS

Clínico:

Clínico:

Procedimentos Especiais:

☐ Análise de Protese

☐ Dieta da UTI

☐ Dieta de Alimentação

☐ Vacina Infl - Aft

☐ 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 BACTERIANA, NÃO ESPECIFICADA

Diagnóstico Secundário:

Medicação:

Data de Internação: 29/07/2019

Data de Alta: 12/08/2019

Dias de Hospitalização:

dia(s):

JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

CRM: 27460

Rod. Genes Siles, 1700
Genesópolis - Curitiba
Módulo do Trabalho
Curitiba - PR - 81632-250-1

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3462-9838 - www.hmipe.org



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO		3386067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES
HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO		3386067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Pátrão		Nº Promissório	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS		171437	
Cartão Recurso do BUS	Data de Nascimento	Sexo	RecorCor
171437-10003888	13/02/1983	Masculino	00 - Pátrão
		0	0000 - Não Se Aplica
Nome do Mãe		Telefone ou celular	
ANGELA RITA DA SILVA			
Nome Responsável			
ANGELA RITA DA SILVA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA JOSE JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELOS, 134 - CENTRO			
Inscrição		IGF	CPF
MAZANI DA SILVA		280100	88800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

[illegible]

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

Resolução de Procedimento Solicitante		Código do Procedimento	
Endereço	Centro de Interação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assessor
		() CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assessor		Data de Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
		29/07/2019	

PRENCHER EM CASO DE CALHAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

☐ Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
☐ Acidente Trabalho Típico	CNPJ Empresa	CNAE da Empresa	CBO
☐ Acidente Trabalho Trajetic			

Vinculo com a Previdência

☐ Encargado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador MARIA CECILIA MAC DONELL		Cód. Orgão Emissor	Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AHI)
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
(X) DNS - [] CPF	201533358580007		
Data de Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		

Dr. Carlos Sales Cavalcanti
Interno de Clínica
Médico de Família
CRM 3029 - RPP 076.005.934-02





JUSTIFICATIVA POR MOTIVO DE REOPERAÇÃO PARA:

ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

35

Recebi a autorização desta
Hospital, visando ao atendimento
com Anticópsico pílula D.

Sendo realizado o T^o Exame
de Experiência Articular + Manipulação
Articular no pílula D.

continua internado e
realizar de outros procedimentos
Especiais.

S

João Gomes da Silva
Coordenador de Clínica
Médica do Trabalho
CRM 1020 - CFP 078.802-01

Assinado eletronicamente por:
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
18/11/2020 16:28:28

HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO - FICHA DE INTERNAÇÃO

Atendimento: 202008

FICHA DE ATENDIMENTO: ANAMNESE DE INTERNAÇÃO

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Cartão SUS: 1700908430003888

Responsável:

Osservação:

Prontuário: 771437 Data/Hora: 29/07/2019 11:18:50 Naturalidade:
 Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS Data de Nascimento: 13/02/1993 02:00:00
 Sexo: MASCULINO Idade: 26 Anos 5 Meses 1 Dia Profissão:
 CPF: 10695950479 Identidade: 7019371 - SDS/PE Fone:
 Est. Civil: SOLTEIRO Conjuge:
 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: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO CRM: 22023
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA CID:

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITÁRIOS:

EXAME FÍSICO GERAL:

AP - CARDIO - VASCULAR:

AP - RESPIRATORIO:

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:

Av. Gal. Manoel Ribero, 125 - Centro - CEP: 54160000 - Jaboatão dos Guararapes - PE
 Telefone: (51) 3132-9955 - www.hmjpe.org





JARBAS SIZENARDO SILVEIRA FILHO
Data: 04/08/2018 18:31:23
Post: 00:00

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: JARBAS LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 721437

Admissão: 228854

Unidade de Internação / Leito: ENF 2/F - LEITO 01

Sexo: Masculino

Idade: 35 Anos, 5 Meses e 6 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: M009 - ARTRITE PIOTÉGICA, NÃO ESPECIFICADA

Nome do Cirurgião:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0306060111 - EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS / GRANDES ARTICULAÇÕES
0306060112 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Data: 24/07/2018

01. Cirurgião: JARBAS SIZENARDO SILVEIRA FILHO

02. 1.º Assistente Cirúrgico:

03. 2.º Assistente Cirúrgico:

04. Instrumentador:

Anestesia: RAQUIL ANESTESIA

05. Anestesia:

06. Anestesista: DIANA SOUZA CARUTO DOS ANJOS

Descrição da Cirurgia:

- 1 - PACIENTE EM DDM SOB RAQUIANESTESIA
- 2 - ASSÉPSIA E ANTISSEPSIA
- 3 - COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 4 - AMPLIAÇÃO DE INCISÃO LATERAL PARAPATELAR
- 5 - SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA EM GRUMOS
- 6 - REALIZADA EXPLORAÇÃO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL E REMOÇÃO DE FIBROSE RETROPATELAR. REALIZADA MANIPULAÇÃO ARTICULAR JOELHO DIR. A ADM 9-110°
- 7 - LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9% SL
- 8 - COLOCAÇÃO DE DRENO DE PRINHOES N.2
- 9 - APROXIMAÇÃO EXTREMIDADES P.O COM NYLON 2.0. RESTANTE DA FERIDA ABERTA PARA CICATRIZAR POR 1.ª INTENÇÃO CURATIVO



JARBAS SIZENARDO SILVEIRA FILHO

CRM: 17460



Usuário: ANTONIO DE ALMEIDA PEREIRA
Data: 04/09/2019 09:00:14
Hora: 09:00

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 (Constatante no Laudo Médico): ITU E ARTRITE SEPTICA DE JOELHO

CID: N390

Procedimento Solicitado:

Tempo de permanência Previsto:

02 dias

303150050

Procedimento SUS Realizado:

em internação

01. Cirurgião:

02. 1. Auxílio Cirúrgico

03. 2. Auxílio Cirúrgico

04. 3. Auxílio Cirúrgico

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiologista:

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

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

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

Secretaria de Saúde - RJ
0008 - Gerência de Atenção à Atenção
Mário Celso de Souza - Diretor
Médica Supervisor SUS - CRM: 65.114
10/09/2019

Resumo do Caso: PORTADOR DE ARTRITE SEPTICA DE JOELHO E ITU FEZ TTD 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:

dia (s).

ANTONIO DE ALMEIDA PEREIRA
CRM: 11481

M. Antônio Almeida
Médico
CRM 11481

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-0888 - www.hmjpe.org





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5336067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5336067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		M. Prontuário	
ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS		771437	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Religião
7006042830388	15/02/1993	Masculino	93 - 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, 184 - CENTRO			
Município	IBGE	UF	CEP
MAZARE DA MATA	260980	PE	55800000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
S.U. INFECCIOSO=ITU			
Condições que justificam a internação			
QUADRO CLÍNICO			
Exames, Resultados de Provas Diagnósticas			
E-2			
Requerimento Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundária	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 URINÁRIO		0303150669	
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)
		29/08/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Orgão Emissor	Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
MARIA CECILIA MAC DOWELL			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)	
(X) CNS () CPF	201533355580007	PJP2	
Data de Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho) Utilizado		
	CPF: 288 728 344-49		



Convênio: SUS - INTERNACAO Atendimento: 238883 Nascimento: 15/02/1993
Responsável: Prontuário: 771437 Sexo: Masculino
Médico: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS Data e Hora do Atendimento: 29/08/19 11:27:52
Idade: 25 Anos, 8 Meses e 16 Dias Profissão: Escolaridade:
CPF: 10695550479 Identidade: 7018671 Telefone:
Conjuge: Estado Civil: Cartão SUS: TC3808439003885
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 Enfermagem / Leito: ENF 10 - LEITO 02
Médico: NILTON 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:

NEN

EXAME FISICO GERAL:

ESR SUPRIMIDO, AFEBRIL, SEM EDEMAS

AP - CARDIO - VASCULAR:

NEN

AP - RESPIRATORIO:

NEN

ABDOMEN:

NEN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

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

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

NILTON TELES DE MENDONCA - CRM: 6262

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54140-000

TELEFONE: 3462-1585 - www.hmpe.org





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

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 Freitas

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

RG: 7018671 ORGÃO EMISSOR: SOS/GO

ENDEREÇO: Rua José de Oliveira Vasconcelos
n:184 Bairro Alto da Santa Nazare de mata

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: Artrose Praxêmica Joelho Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Artrose Infeciosa de Joelho Direito +
Exploração Articular Com Sinnectomia
Parcial

MÉDICO: Giselly Verissimo

CREMEPE: 17434

JABOATÃO DOS GURARAPES, 11 DE Novembro DE 2019

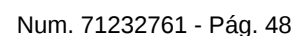
JOSÉ PAULO RIBEIRO
MÉDICO
CRM-PE 30622

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Ribeiro • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
C. (011) 3482-9868 • www.himj.com.br



Av. Gen. Manoel Ribeiro 4
Jardim dos Guarapés - Pq. 4
Tel. (011) 2 663 2222



Sistema
União da
Saúde

Sistema
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

595223

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNEB 425	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNEB 425
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS	6- Nº DO PROFISSIONAL 1089005	7- (CNEB) 700808439003886	8- DATA DE NASCIMENTO 13/03/1993
9- SEXO MASCULINO	10- NOME DA MÃE DO PACIENTE ANGELA RITA DA SILVA	11- TELEFONE DE CONTATO R1: 94524890 Celular: 81.	
12- NOME DO RESPONSÁVEL	13- TELEFONE DE CONTATO		
14- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELO, Nº 184 - BARRIO ALTO DA SANTA - CIDADE - UF			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

15- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
DOR E SANGRAMENTO EM MÃO

16- PROCEDIMENTOS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AUTAMEN TO CIRÚRGICO

17- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRONAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO

18- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURAMENTO DA PERNA, PARTE NÃO ESPECIFICADA - S819	19- CID 10 SECUNDÁRIO <i>sem sinal de</i>	20- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
21- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	28- DATA DA SOLICITAÇÃO 12/06/2019
29- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: Nº.8500		
30- NÚMERO DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) 23172797449		
PREFICHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
☒ 31- ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ 32- CVM DA SEGURADORA	33- Nº DO BILHETE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHISTICO	☐ 35- CVM EMPRESA	36- Nº DO BILHETE
☐ 37- ACIDENTE TRABALHISTICO	☐ 38- CVM EMPRESA	39- Nº DO BILHETE
☐ 40- VEICULO COM A PREVIDÊNCIA	☐ 41- CVM EMPRESA	42- Nº DO BILHETE
☐ 43- ENFERMIDADE	☐ 44- ENFERMIDADE	☐ 45- ENFERMIDADE
☐ 46- ENFERMIDADE	☐ 47- ENFERMIDADE	☐ 48- ENFERMIDADE

AUTORIZAÇÃO

49- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	50- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	51- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
52- ENDEREÇO ENDEREÇO	53- DATA DA AUTORIZAÇÃO	
54- Nº DO DOCUMENTO (CRM/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
55- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

Dr. José Sérgio S. Souza
Traumatologia Ortopedia
CRM 8500 - 8500-10095

Hospital Memorial de Jaboatão
595222



Convênio: SUS - INTERNAÇÃO Atendimento: 228854 Nascimento: 13/02/1993
 Responsável: Prontuário: 771437 Sexo: Masculino
 Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS Data e Hora do Atendimento: 11/07/19 11:08:40
 Idade: 25 Anos, 3 Meses e 0 Dia Profissão: Escolaridade:
 CPF: Identidade: 201951 Telefone:
 Conjugue: Estado Civil: Cartão SUS: 700808435003888
 Nome da Mãe: ANGELA RITA DA SILVA Nome do Pai:
 Endereço: RUA JOSÉ JOSÉ DE OLIVEIRA VASCONCELOS, CENTRO, CEP: 55800000, Nº 154, NAZARE DA MATZ - PE
 OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA Enfermaria / Leito: ENF 17 - LEITO 01
 Médico: ARLLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473 CID:

ETÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

FRATURA DO 4º RTO RAC 21 DIAS DE FRATURA AUTORIZADO POR DR KERMES WAGNER PARA IR PARA RMJ. ESTÁ EM TRATAMENTO DE
 COM CIPROFLOXACINO (DO: 12/37)

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

MAS (+), DM (+), NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO GERAL:

SGRG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCP EM 27, SRA, S/S

AP - RESPIRATORIO:

RMV - 20 AHT, S/RA

ABDOMEN:

RMV

GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

SEM EDENIAS

DIAGNÓSTICO DIAGNÓSTICO:

1- FRATURA DE 4º RTO DA MÃO DIREITA 2- RMV

DIAGNÓSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

ARLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473



Paciente internado neste hospital
com H.Q.F. com Fratura de M.T.C.D. +
lesão em joelho D - Artrose aguda.
Sendo realizado em 1º tempo o
1º bloqueio de artrose infecciosa do
joelho D + Exploração Articular.
Continue internado para realizar
em outro tempo o 2º Diferencial



A



Assinado: ALVARO CORELHO DE LEO
Data: 18/11/2020 16:28:28
Hora: 15:11

Relatório Geral de Cirurgias

Paciente: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Identificação: 229354

Unidade de Internação / Leito: ENF 11 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 36 Anos, 5 Meses e 3 Dias

Diagnóstico Pré-Operatório: HOD - ARTRITE PIDGENICA

Plano Operatório:

Procedimento Cirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE ARTRITE INFECCIOSA DO JOELHO D 0408360557 - EXPLORACAO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL DA 08.06.012-3

Data: 18/11/2020

1. Cirurgião: ALVARO CORELHO DE LEO

2. Equipe Cirúrgica: RODRIGO DE SOUZA M, SANTIAGO MOURA RHO

3. Local Cirúrgico:

4. Coordenador:

5. Anestesia: RAQUÍ ANESTESIA

6. Anestesia:

7. Anestesiista: RANTLEON JOSE FAGUNDES DO NASCIMENTO

Descrição da Cirurgia:

- PACIENTE EM DOR SOB RAQUIANESTESIA
- ASÉPSIA E ANTISSEPSIA
- COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- INCISÃO NA TOPOGRAFIA DE CICATRIZ PREVIA
- EXTRAÇÃO COM SAÍDA DE GRANDE QUANTIDADE DE SECREÇÃO PURULENTA
- REALIZAÇÃO EXPLORACAO ARTICULAR COM SINOVECTOMIA PARCIAL
- LAVAGEM ABUNDANTE COM SG 0,9%
- COLOCAÇÃO DE DRENO DE PENROSE
- COLOCAÇÃO DE BOMAS DA FERIDA COM NYLON
- CURA E SPA

ALVARO CORELHO DE LEO

CRM: 25517



Usuário: SCHIMMEL COSTA
Data: 15/07/2018 15:11:19
Hora: 15:11

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Prontuário: 771437

Identificação: 338454

Unidade de Internação / Leito: BNF-11 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 26 Anos, 5 Meses e 2 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: H009 - ARTRITE PLOGÊNICA, NÃO ESPECIFICADA

Nome Operatório:

Operação: ~~ARTROSCÓPIA DE JOELHO DE MÃO ESQUERDA POR MEIO DE FUNÇÃO GLETOUSCA~~

02.01.01: 082-1 Análise de amo/cultura de
material líquido

Data: 15/07/2018

1. Cirurgião: GISELY VERISSIMO DE MENDONÇA

2. Anestesiologista:

3. Escala Cirúrgica:

4. Instrumentação:

Anestesia:

Anestesia: LOCAL

5. Anestesiologista:

Descrição de Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL EM JOELHO DIR.
ROTINA ANTISSEPTICA
PUNÇÃO EM JOELHO DIREITO COM AGULHA GROSSA
COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA
CURATIVO
ANTIBIÓTICO

Dr. Gisele Verissimo
Cirurgiã em Plantão
Escala 3-4-5-6

LEONARDO COSTA CORREIA CALVES 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:
700808439003885

Contatos:
81, 94924890 | Celular: 81,

Mãe:

ANGELA RITA DA SILVA

Endereço:

RUA JOSE DE OLIVEIRA VASCONCELO, N.º 154-4 - CASA - BAIRRO: CENTRO - CIDADE:
NAZARÉ 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 MÍD 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,
ESCORIAÇÕES EM BACIAL

Observações

FERIMENTO EXTENSO EM PERNA E JOELHO DIREITOS

Conduta

INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA - CRM: Nº.8500

[Assinatura manuscrita]

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Telipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 21/11/2019 10:40

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 - 7412

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 ACID 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 CIRURGIA.

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

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 21/11/2019 10:40

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 - 7419

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 ACQ 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 CIRURGIA

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

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 21/11/2019 10:40

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: 549984 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 05/07/2019
Data/Hora do Documento: 05/07/2019 12:07

PCT VITIMA DE ACID 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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 21/11/2019 10:40

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: 551910 (FECHADO)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 08/07/2019
Data/Hora do Documento: 08/07/2019 13:56

PCT VITIMA DE ACID 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 GLINDA.

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

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 21/11/2019 10:40

Paciente: 1089065 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 23 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDUARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 7493

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 (FECHADA)

Responsável: MONICA DA ROCHA LEAO DE MAGALHAES -
CRM 26962 / ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data de Referência: 10/07/2019
Data/Hora do Documento: 10/07/2019 13:18

PCT VITIMA DE ACC 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 CIRURGIA

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 unirar.

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

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em: 21/11/2019 10:40

Paciente: 1089066 - 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 ACID 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 CIRURGIA

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



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em: 21/11/2019 10:41

Paciente: 1089085 - ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

Idade: 28 Anos 9 Meses 8 Dias

Data de Nascimento: 13/02/1993

Prestador Assistente: EDNARDO JOSE ALBUQUERQUE PITT

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 2413

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 3344653

Leito: TRAU 14-02 - POSTO II Admissão: 17/6/2019 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 ACI 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 CIRURGIA.

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 TRANSFERENCIA

RESCATO SU CO INFECÇÃO URINÁRIA E USG VVUU SEM ALTERAÇÕES

INICIO CIRPOFLOXACINO

SOL NOVO RX MÃO

MONICA DA ROCHA LEAO DE
CRM 26962



Atendimento: 3344553

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

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

Paciente: 1089055 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

Director Clínico:

CID:

Procedimento de Alta - Procedimento não informado

Observação de Alta

SOULMV - SIMPLES E COMPLETO





NOTA SEGUNDA
Erica Araújo
09/10/19



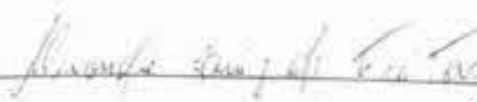
A
SOLICITANTE LÍDER

DESTA:

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

ACIDENTE SOFRIDO NO DIA 16/06/2019, ÀS 21:00 HS
ONDE FRATUREI A MÃO DIREITA, DEUTRO QUE CUMIADO
DO AFETAMENTO "ASTENSE", ENFREITAMENTO NA
VRETA.

NAZARE'S MATA, 22 SETEMBRO/19


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.

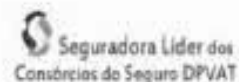
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Titular do CPF: ALEXANDRE LUIZ DE FREITAS

CPF de: Próprio

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

