



DIRETORIA DE VEÍCULOS - DIREV
NÚCLEO DE REGISTRO - NUREG

Certidão nº 3839/2019 - UNICER

Fortaleza, 18 de Outubro de 2019

Assunto: HISTÓRICO DO VEÍCULO - USUÁRIO

CERTIFICAMOS, por requerimento da parte interessada, através do processo nº 09121360/2019, para devidos fins e efeitos legais, que o veículo de Placa: HWM8522, Tipo: MOTOCICLETA, Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN KS, Cor: PRETA, Ano Fabricação/Modelo: 2001 / 2001, Chassi: 9C2JC30101R132857, Renavam: 759478902, esteve registrado no banco de dados deste Departamento em nome de ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, CPF: 604.573.013-50, no periodo de 23/02/2018 à 24/07/2019. O referido é verdade e dou fé.

*** FIM DO TEXTO ***

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://central.detran.ce.gov.br> na funcionalidade "Autenticar Documento", informando o número da autenticação: **F8D80A94C5E1A3AB56D36CEC2A675FFD** ou realizando a leitura do QRCode ao lado.



Documento assinado eletronicamente por:

BRENDA DE FATIMA DO NASCIMENTO ANDRADE, AGENTE DE TRÂNSITO E TRANSPORTES, MATRÍCULA: 3006280, 22/10/2019 08:34
LIDUINA MARIA PINHEIRO DA SILVA, ANALISTA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES, MATRÍCULA: 3006496, 18/10/2019 15:14
MARIA LUCIA MELO FIALHO, ASSISTENTE DE ATIVIDADE DE TRÂNSITO E TRANSPORTE, MATRÍCULA: 975, 18/10/2019 14:09

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324418/20

Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

CPF: 604.573.013-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES : 604.573.013-50

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: 13/11/2020
Nome: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
CPF: 604.573.013-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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: 4 - Nome completo da vítima:
 60457301350 Alexandre Anthony Carmelo de Sora

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 Anthony Carmelo de Sora
 6 - CPF: 60457301350
 7 - Profissão: Aux. administrativo
 8 - Endereço: Rua Pau Rainha
 9 - Número: 964
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Paravina
 12 - Cidade: Boa Vista
 13 - Estado: RR
 14 - CEP: 69307-160
 15 - E-mail:
 16 - Tel.(DDD): 95991518328

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGENCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome da BANCO: ITAÚ
 AGENCIA: CONTA:
 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disorde do seu conteúdo.

23 - 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

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

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
 38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 11 de novembro de 2020 Boa Vista - RR
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Alexandre Anthony

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

* 60457301350

4 - Nome completo da vítima:

* Alexandre Anthony Carneiro de Sá

6 - CPF:

* 60457301350

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

* Alexandre Anthony Carneiro de Sá

6 - CPF:

* 60457301350

7 - Profissão:

* Aux. administrativo

8 - Endereço:

* Rua Pau Rainha

9 - Número:

* 964

10 - Complemento:

11 - Bairro:

* Paraviana

12 - Cidade:

* Bona Vista

13 - Estado:

* RR

14 - CEP:

* 69307-162

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

* 95 991518328

DADOS CADASTRAIS

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:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA: (Inserir)

CONTA: (Inserir)

AGÊNCIA: 6540

CONTA: 317960

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso disorde do seu conteúdo.

MORTE

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, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

 Sim

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

teve filhos?

 Não Não Vivos:

Falecidos:

 Não Não Não Não Não Não Não Não

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

NAO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assina o pedido
 não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

11 de novembro de 2020 Bona Vista - RR

* Alexandre Anthony

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3685 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **01/11/2019 10:27:08**
 Data / Hora da Ocorrência: **12/10/2018 03:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CARVALHO, BARRA DO CEARA - FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência: **PROX AO POSTO BR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALEXANDRE ANTHONY CAMELÓ DE SALES**
 Nascimento: **15/11/1998** CPF: **604.573.013-50**
 RG: **20073799143** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **KEILA VERÔNICA CAMELÓ DE SALES**
ANTÔNIO GERARDO PEREIRA DE SALES
 Endereço: **RUA PORTO VELHO, 1927 BL 04 AP 104**
 Bairro: **GUAJERU**
 Município: **CAUCAIA/CE**
 País: **BRASIL** CEP: **61.600-004**
 Telefone: **(85) 99635-2711**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWM8522** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC30101R132857** Renavam: **759478902** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **IGOR ARCANJO CHAVES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWM-8522; QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL CARVALHO, QUANDO COLIDIU COM UMA ARVORE NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO; QUE APRESENTOU A CERTIDÃO DE N°3839/2019 - UNICER/ NÚCLEO DE REGISTRO - NUREG/ DIRETORIA DE VEÍCULOS - DIREV DA SECRETARIA DA INFRAESTRUTURA/ DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO, QUE A ÉPOCA DO ACIDENTE A MOTOCICLETA ERA DE SUA PROPRIEDADE DO PERÍODO DE 23/02/2018 À 24/07/2019. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019786136

FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 3685 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alexandre Anthony e. do Soler
VISTO DO DELEGADO(A): ...

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMĀ - MAT.: 012875-1-6



DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Consolidado em: 01/11/2016 12:26:26

Pág. 2 de 2

Impresso em: 01/11/2019 10:38:35

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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200408325**

Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000006540

Conta: 0000031796-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06540

CONTA: 000000031796-0

Autenticação:

2227465DA4BEC66D88499E50025CB2249AC876A44C98948DAEC41611E28828B6

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324418/20

Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

CPF: 604.573.013-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES : 604.573.013-50

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: 13/11/2020
Nome: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
CPF: 604.573.013-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408325 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200408325 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: <u>USA 03</u>	PONTO DE APOIO: <u>UFC</u>	Nº DA OCORRÊNCIA: <u>0 054</u>	
DATA: <u>12/10/2003</u>	TURNO: <u>SN</u>	EQUIPE: <u>DR. RENAN, ENF. TACO; SOC. MATEUS</u>	
NOOME: <u>Alexandre Anthony Damilo de Sales</u>	IDADE: <u>20 A</u>	SEXO: <u>Masculino</u>	
ENDEREÇO: <u>AV. CORONEL DE CIRVALHO</u>	<u>JA 46</u>		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: <u>BARRA DO CEARÁ</u>		
QTY: <u>03:141</u>	QUS: <u>03:261</u>	QUY: <u>04:46</u>	QUU: <u>04:40</u>
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: <u>Agredido</u>			

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)		
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO <input type="checkbox"/> PÉRVEAS <input checked="" type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS		<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE POR: <i>anterior</i>		<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE		
A Via aéreas						
C Respiratória	PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE		<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> ALTERADA: _____
C Cardiopulmonar	PULSO		PELE	ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO EXTERNO
	<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input checked="" type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL		<input checked="" type="checkbox"/> CERADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input checked="" type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA		<input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg
	LOCAL:					
D Neuroológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)					
	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA		
	ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input checked="" type="checkbox"/> 1 TOTAL: 7		ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS			OBEDIENCE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input checked="" type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1		
E Esperio	ADULTO		LESÕES	PEDIÁTRICO		
	 		<hr/> <hr/> <hr/>	 		

SAMPLE

FC: 98 PA: 130/80 FR: 14 M GLIC.: 99 OXIM.: 99 TEMP.: 37.5

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Pete Vítima de acidente moto - trânsito, c/ fratura grave. GL: 7, ALCOOS 7000??, hipertensão, agitação. Farto AVP e sangramento de RL. Realizado DCTM 14470000 + frotante + succin. (TUBO 8); Rendilho 10 DTF. Honosu hidrocarbonado óxido de carbono. Resusitivo na FRCP.

ASS. / CRM: 140

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente, 20 ANOS, Vítima de Colisão moto - trânsito. ECG: 7, ALCOOLIZADO, SENSORES REBENTOS E GEMELOS. APROXIMADAMENTE SANGRAMENTO MUITO MAIOR E ORAL EM QUASETRO ANATMOS. PRESENÇA DE IMBALANÇO (C/ LORT PRIM-AT 1000). PUNÇÃO AVP (MSD). ABDOMEN DORSAL FLEXION + DORSAL FLEX + SIST. METABOLICO. EV. REALIZADO EXAMENES OSTEORADIOGRÁFICOS (TUBO N° 80). REMOVALO AD 2,7 F SOB VIDA/AMBUL. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM INTERCOS RONICOS.

ASS. / COREN: ENF. TACO AGUIAR

COREN: 260471
Neg

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN:

ENF. TACO AGUIAR

COREN: 260471
Neg

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: ITF
 UBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE
 PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO

 OUTROS

BOLETIM EMERG:

Dr. Mário

CRISTÓVÃO SAMPAIO

4411

EM:

às

hs

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Carteira com documentos e R\$ 267,00

Celular - Iphone 6

Carregador de celular

Celular

TERMO DE RECUSA

RG / CPF

EU,

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: _____/_____/_____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



P 8711661309

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 95 PONTO DE APOIO: UPE N.º DA OCORRÊNCIA: 0054
 DATA: 12/06/18 TURNO: S/T EQUIPE: Isabel e Bruna
 NOME: Alexandre Antônio Cunha IDADE: 11 SEXO: M
 ENDEREÇO: Coronel Corrêa 1346
 REFERÊNCIA: Chur. Góqueiros BAIRRO: Barra Corá
 QTY: 03:15 QUS: 03:30 QUY: 04:10 QUU:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Golpes MOTO ADORE

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
<input type="checkbox"/> PÉRVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:	

A Visão	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:

B Respiração	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO		
	<input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

C Circulação	LOCAL:	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)										
		<table border="1"> <tr> <td>ABERTURA OCULAR</td> <td>RESPOSTA VERBAL</td> <td>RESPOSTA MOTORA</td> </tr> <tr> <td>ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 Á VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL:</td> <td>ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA</td> <td><input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1</td> <td>OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 Á VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL:	ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA										
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4 Á VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL:	ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1									
PUPILAS: <input type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS												

D Nervos Móveis	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
<p>Pt. vítima de colisão moto ADORE, transportado na UPA 03 Redecado AVP, intubado, intubado e eucainizado ab 10F</p>					

PREScrição MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

*Foram Apaixonados USA
Transportado para mesma*

ASS. /COREN:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: *158*
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS
 ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG.:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____
 DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO
 SAMU EM: _____ / _____ / _____ às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.
 ASSINATURA: _____



DECLARAÇÃO



192
REGIONAL FORTALEZA

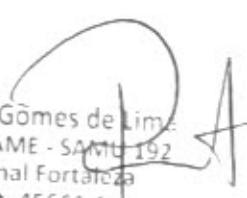
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Alexandre Anthony Camelo de Sales** - C.P.F. - **604.573.103-50**, no dia **12/10/2018**, às **03h26min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

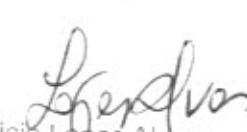
Documento requerido por meio do Processo nº **P871166/2019**.

Fortaleza, 26 de Setembro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 20/09/2019 13:26:34

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 12/10/2018 04:23:33

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 704705722344339	NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES			Registro: 5584622
CPF: 60457301350	RG:	D. NASC.: 15/11/1998	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RAÇA/COR: Parda

NOME DA MÃE: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES NOME DO PAI: ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES

TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: R PARANA	Nº: 1927	BAIRRO: PARQUE ALBANO
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988460921	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE CEP: 61600004

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	PARENTESCO:	TELEFONE: 988460921
---	-------------	---------------------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.

QUEIXAS: COLISAO MOTO/ARVORE + TRAUMA NA CABEÇA + ENTUBADO

OBSERVAÇÕES: TCE/RESP. INADEQUADA

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO
-----------------------------------	------------------------	-------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta: 20 / 09 / 2019
ESPECIALISTA: 51022
Assinatura: *Márcia Rejane*

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	--

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - N°

ANS - n°36.825-3

0 - 00000000000000000000000000000000

1 - 00000000000000000000000000000000

2 - 00000000000000000000000000000000

3 - 00000000000000000000000000000000

4 - 00000000000000000000000000000000

5 - 00000000000000000000000000000000

6 - 00000000000000000000000000000000

7 - 00000000000000000000000000000000

8 - 00000000000000000000000000000000

9 - 00000000000000000000000000000000

10 - 00000000000000000000000000000000

11 - 00000000000000000000000000000000

12 - 00000000000000000000000000000000

13 - 00000000000000000000000000000000

14 - 00000000000000000000000000000000

15 - 00000000000000000000000000000000

16 - 00000000000000000000000000000000

17 - 00000000000000000000000000000000

18 - 00000000000000000000000000000000

19 - 00000000000000000000000000000000

20 - 00000000000000000000000000000000

21 - 00000000000000000000000000000000

22 - 00000000000000000000000000000000

23 - 00000000000000000000000000000000

24 - 00000000000000000000000000000000

25 - 00000000000000000000000000000000

26 - 00000000000000000000000000000000

27 - 00000000000000000000000000000000

28 - 00000000000000000000000000000000

29 - 00000000000000000000000000000000

30 - 00000000000000000000000000000000

31 - 00000000000000000000000000000000

32 - 00000000000000000000000000000000

33 - 00000000000000000000000000000000

34 - 00000000000000000000000000000000

35 - 00000000000000000000000000000000

36 - 00000000000000000000000000000000

37 - 00000000000000000000000000000000

38 - 00000000000000000000000000000000

39 - 00000000000000000000000000000000

40 - 00000000000000000000000000000000

41 - 00000000000000000000000000000000

42 - 00000000000000000000000000000000

43 - 00000000000000000000000000000000

44 - 00000000000000000000000000000000

45 - 00000000000000000000000000000000

46 - 00000000000000000000000000000000

47 - 00000000000000000000000000000000

48 - 00000000000000000000000000000000

49 - 00000000000000000000000000000000

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

CRM - 9329

CE

REGISTRO DE CONSULTA/AGENDA DE ATENDIMENTO

DATA DO CONSULTA/AGENDA DE ATENDIMENTO

DATA DE CONSULTA/AGENDA DE ATENDIMENTO

REGISTRO DE PROcedimentoS PAtologIcOS

DATA DO PROCEDIMENTO

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS PAtologIcOS

DATA DO PROCEDIMENTO

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS PAtologIcOS

DATA DO PROCEDIMENTO

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

1

0

RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
DIAGNÓSTICO: PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITO
DATA: 16/10/2020
PROCEDIMENTO: RETIRADA FIOS INTRA-ÓSSEOS + TENOPLASTIA
CÓDIGO: 30710022 + 30731119
MATERIAL: SEM MATERIAL

JUSTIFICATIVA:
PACIENTE ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITA EVOLUINDO COM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, NECESSITA RETIRADA DO MATERIAL DE SÍNTESE, BANDA DE TENSÃO INTRA-ÓSSEOS, COM TENOPLASTIA AO NÍVEL DO JOELHO, DEVIDO A RIGIDEZ ARTICULAR, PARA GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO E CONCLUSÃO DO TRATAMENTO DE REABILITAÇÃO.

FORTALEZA, 16 DE OUTUBRO DE 2020

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 33771 P-F 4493

LIGAR PARA AGENDAR PROCEDIMENTO COM KARLA – 98606-0105

ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES as 19:44, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 7 (SETE) dia(s), a partir de 29/06/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

5800

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

FERNANDO HENRIQUE UCHOA DE ALENCAR

CRM 15194

Dr. Fernando Alencar
Cirurgia da Mão e Microcirurgia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15194/RQE 1063P

Aceito a Colocação do CID. Assinado us

Código de Autenticação : BLSTD60P5S6K0
Solicitação da Senha : 29/06/2020 19:20:52



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001

60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES às 21:12, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 02/03/2020, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S73

Código da Doença

02/03/2020

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHMVC30P5N1K0
Solicitação da Senha : 02/03/2020 20:26:49

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES está em acompanhamento traumatológico, pós-operatório de fratura do fêmur e patela direitos e lesão do plexo braquial direito, CID S72.3 + S82.0. Fixado com haste intramedular e parafusos + banda de tensão. Evoluiu com consolidação óssea. Atualmente em tratamento fisioterápico de reabilitação devido a lesão do plexo braquial do membro superior direito. Refere dor e limitação do arco de movimento. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 90 (noventa – ou a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 16 de outubro de 2020

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 9329 RQE 4498

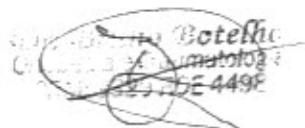
DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 4498
TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENCI

ATESTADO MÉDICO

Atesto para fins comprobatórios que o paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES está em acompanhamento traumato-ortopédico, pós-operatório de fratura do fêmur e patela direitos, CID S82.0 + S72.3. Fixado com haste intramedular e parafusos + banda de tensão. Evoluiu com consolidação óssea. Associado tem lesão do plexo braquial a direita. Permanece com material de síntese. Atualmente com tratamento fisioterápico de reabilitação suspenso devido a pandemia da COVID-19. No momento reflete dor, atrofia muscular, limitação do arco de movimento e incapacidade de exercer suas atividades diárias. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 90 (noventa) dias a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 30 de JUNHO de 2020



Dr. Bruno Brito Botelho
CRM-CE 9329 RQE 400
TRAUMATOLOGIA-ORTOPÉDICA

DR. BRUNO BRITO BOTELHO
CRM-CE 9329 RQE 400
TRAUMATOLOGIA-ORTOPÉDICA



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Alexandre Anthony Camelo de Sales

Idade:

Prontuário: 5584622 Unidade: 15 Leito: 09

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 3º D.P.O. de osteossíntese de fratura complexa de maxila e mandíbula. Evolui eupnéico em ar ambiente, consciente e orientado. Ao exame físico apresenta edema em terço médio e inferior de face compatível com procedimento cirúrgico. Porta BMM com ligas elásticas. Oclusão estável. Limitação de abertura bucal em virtude do bloqueio. Suturas em posição sem deiscências e sem sinais de infecção.

Sem queixas algícas.

Diagnóstico Principal: Fratura de Mandíbula + maxila

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: **Osteossíntese de FX complexa de Mandíbula e de maxila**

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Abrahão

2 - Cirurgia realizada:

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Data: 26/10/2018

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: () Ambulatório em: 06/11/2018 as 08:00 Cirurgião: Dr. Abrahão

Observações:

Higiene Oral 4 vezes por dia.

Dieta Pastosa Liquidificada

Data: 29/10/2018

Cirurgião-Dentista

Carimbo de Dr. Abrahão
Cirurgião-Dentista
CRM-CE 04000

CRO/Carimbo

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDEREÇO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, 20 anos, procedente de Caucaia-CE.

Trata-se de um paciente com possível lesão musculotendínea do braço direito e defeito monocular de campo visual superior do olho esquerdo, no contexto de um politraumatismo secundário a acidente motociclistico.

Comorbidades/ diagnósticos associados:

Passado cirúrgico de hérnia umbilical.

Alérgico a Dipirona.

Medicações em uso:

Nenhuma.

Resultados de exames:

- Tomografia de encéfalo (13/02/19): Estudo sem particularidades.

- Tomografia de seios da face (13/02/19): Fratura com vício de consolidação no côndilo mandibular direito, com luxação temporomandibular e encurtamento do ramo mandibular. Placa e parafusos metálicos fixando as paredes anterior e inferior dos seios maxilares.

- Tomografia de coluna cervical (13/02/19): Estudo sem particularidades.

- Ressonância de órbitas (13/02/19): Desvio do septo nasal. Restante do estudo, sem particularidades.

- Ultrassonografia de cotovelo direito (21/02/19): Pele e subcutâneo na área de estudo sem alterações. Tendões comuns dos flexores e extensores de espessura e ecogenicidade normais. Tendões bicipital e tricipital de ecogenicidade e espessura normais. Ausência de derrame articular nas fossas coronóide e olecraniiana. Nervo ulnar preservado no interior do túnel cubital. Ventres musculares de trofismo conservado.

- Potencial evocado visual (21/02/19): Potencial evocado visual compatível com disfunção pré-quiasmática da via visual esquerda.

- Potencial evocado motor (07/05/19): Presença de comprometimento parcial nas vias de condução cortico-motoneuronais para o membro superior direito.

Paciente aguarda realização de ressonância de encéfalo, de plexo braquial direito e um retorno para definição da conduta.

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento



Data do documento: 17/09/2019

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDEREÇO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

CID 10: M 79.6/ H 53.4/ V29.9

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: 78011090197323-8

RESPONSÁVEL:

THAISA TENORIO ABREU GOMES - MEDICO - CRM - CE - 015443

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Alexandre Anthony Camelo de Sales

Idade:

Prontuário: 5584622 Unidade: 15 Leito: 09

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente em seu 3º D.P.O. de osteossíntese de fratura complexa de maxila e mandíbula. Evolui eupnéico em ar ambiente, consciente e orientado. Ao exame físico apresenta edema em terço médio e inferior de face compatível com procedimento cirúrgico. Porta BMM com ligas elásticas. Oclusão estável. Limitação de abertura bucal em virtude do bloqueio. Suturas em posição sem deiscências e sem sinais de infecção. Sem queixas algicas.

Diagnóstico Principal: Fratura de Mandíbula + maxila

Diagnósticos Secundários: Não

Sequelas apresentadas: não

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

1- Cirurgia realizada: **Osteossíntese de FX complexa de Mandíbula e de maxila**

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

2 - Cirurgia realizada:

Cirurgião: Dr. Abrahão

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Data: 26/10/2018

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para:

Retornar: () Ambulatório em: 06/11/2018 as 08:00 Cirurgião: Dr. Abrahão

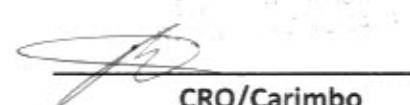
Observações:

Higiene Oral 4 vezes por dia.

Dieta Pastosa Liquidificada

Data: 29/10/2018

Cirurgião-Dentista



CRO/Carimbo

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota

CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80

RUA SENADOR POMPEU, 1757

Bairro: Centro Fone: 3255.5000

Fortaleza- CE CEP: 60025-001

1º VIA- FARMÁCIA

2º VIA- PACIENTE

PACIENTE: Alexandre Anthony Camelo de Sales

ENDEREÇO: R. Paraná, N°: 1927 - Caucaia

PREScrição:

USO INTERNO:

1) **Amoxicilina 250mg/5ml (suspensão)** ----- 210 ml

Tomar 10ml de 08/08horas por 07 dias.

2) **Ibuprofeno (gotas)** ----- 1Frasco

Tomar 40gts 08/08h por 03 dias.

3) **Dipirona 500mg (gotas)** ----- 1Frasco

Tomar 40gotas em caso de dor e repetir, se necessário, de 06/06hrs

DATA: 29/10/2018



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: ____/____/____

FORNECEDOR:



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, realizou tratamento cirúrgico de FRATURA DO FEMUR E PATELA DIREITOS. Evolui com consolidação óssea mas ainda com limitação de força muscular. Portanto, sugere-se adiamento do retorno às atividades laborais por 30 (trinta) dias.

CID 10: S.72/ S820

Fortaleza, 27 de maio de 2020

Edilmar F. Lessa
Traumatologia-Ortopedia
CREMEC 7399

EDILMAR FERREIRA LESSA

Traumatologia Ortopédica

CREMEC 7399

TEOT 10979

Relatório

Data do documento: 27/01/2020

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDEREÇO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, 21 anos, procedente de Caucaia-CE.

Trata-se de um paciente com possível lesão musculotendinea do braço direito e defeito monocular de campo visual superior do olho esquerdo, no contexto de um politraumatismo secundário a acidente motociclistico.

Comorbidades/ diagnósticos associados:

Passado cirúrgico de hérnia umbilical.

Alérgico a Dipirona.

Medicações em uso:

Nenhuma.

Resultados de exames:

- Tomografia de encéfalo (13/02/19): Estudo sem particularidades.
- Tomografia de seios da face (13/02/19): Fratura com vício de consolidação no côndilo mandibular direito, com luxação temporomandibular e encurtamento do ramo mandibular. Placa e parafusos metálicos fixando as paredes anterior e inferior dos seios maxilares.
- Tomografia de coluna cervical (13/02/19): Estudo sem particularidades.
- Ressonância de órbitas (13/02/19): Desvio do septo nasal. Restante do estudo, sem particularidades.
- Ultrassonografia de cotovelo direito (21/02/19): Pele e subcutâneo na área de estudo sem alterações. Tendões comuns dos flexores e extensores de espessura e ecogenicidade normais. Tendões bicipital e tricipital de ecogenicidade e espessura normais. Ausência de derrame articular nas fossas coronóide e olecraniana. Nervo ulnar preservado no interior do túnel cubital. Ventres musculares de trofismo conservado.
- Potencial evocado visual (21/02/19): Potencial evocado visual compatível com disfunção pré-quiasmática da via visual esquerda.
- Potencial evocado motor (07/05/19): Presença de comprometimento parcial nas vias de condução cortico-motoneuronais para o membro superior direito.
- Ressonância de encéfalo (8/11/2019): sem alterações significativas.
- Ressonância de plexo braquial direito (8/11/2019): sem alterações significativas.

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Fortaleza, 27/01/2020 16:01

Página: 2/2

Relatório

Data do documento: 27/01/2020

NOME:	ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES	REGISTRO:	F041284
FILIAÇÃO:	KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES	DATA NASC.:	15/11/1998
ENDERECO:	RUA PARANÁ CAUCAIA/CE	CPF:	60457301350

CID 10: M 79.6/ H 53.4/ V29.9

CÓDIGO DE VALIDAÇÃO: 71012300217323-1

RESPONSÁVEL:

THAISA TENORIO ABREU GOMES - MEDICO - CRM - CE - 015443

Documento gerado e validado eletronicamente pelo Sistema de Informações da Rede SARAH
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento

GUÍA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO DE INFORMAÇÕES

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

RELATÓRIO:

6420599821

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE

CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:**Exame:**

RX CLAVICULA DIREITA

!c7^Ü9'

RELATÓRIO:

6420599822

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:**Exame:**

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

RELATÓRIO:

6420599823

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Há fios de Kirschner estabilizando patela.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

RELATÓRIO:

6420599824

Textura óssea normal.

Redução de espaços articulares em coxofemorais bilateralmente, mais evidentes à direita.

Haste metálica e parafuso fixando fêmur direito.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Imagen para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

ATEND. 22691

SOLICITANTE: RICARDO MARROCOS

DATA: 19/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T2, FLAIR, T1 pré e pós-contraste, Gradiente Eco e Difusão.

COMENTÁRIOS:

Região supratentorial:

Hemisférios cerebrais simétricos, com distribuição normal dos giros, boa diferenciação entre o córtex e a substância branca, que apresentam intensidade de sinal normal.

Hipocampos simétricos com dimensões e sinal preservados.

Corpo caloso íntegro.

Tálamos e núcleos da base com morfologia e sinal conservados. Proeminência dos espaços perivasculares na região inferior dos núcleos da base, junto à substância perfurada anterior.

Ventriculos laterais e terceiro ventrículos de dimensões normais. Aspecto habitual dos sulcos corticais, cisternas e fissuras.

Linha média centrada. Ausência de coleções extra-axiais.

Região infratentorial:

Mesencéfalo, ponte e bulbo sem alterações.

Hemisférios e vermis cerebelar com morfologia e sinal preservados.

Quarto ventrículo em topografia habitual e de dimensões conservadas.

Cisterna dos ângulos pontocerebelares livres.

CONTINUA>>>

Imagen para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

ATEND. 22691

SOLICITANTE: RICARDO MARROCO

DATA: 19/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

Realce paquimeningeo basal medial, em fossas médias, após a injeção do contraste paramagnético, inespecífico.

Espessamento mucoperiosteal dos seios paranasais, difusamente, sugerindo pansinusopatia. Preenchimento do seio esfenoidal esquerdo, por material com alto sinal T1 e baixo sinal T2, sugerindo material hemático oriundo de sangramento subagudo.

Quiasma óptico, nervos e tratos ópticos e córtex visual sem anormalidades de sinal ou morfológicas ao presente exame.

Artefatos de susceptibilidade magnética produzidos por aparelho ortodôndico.

Dr. BRUNO CORDEIRO BASTOS
CRM 10114

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem



ANTONIO
PRUDENTE
DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX - HAPFOR
Nº Pedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 1 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8

RELATÓRIO:

6420599821

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.


COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço.: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!c7^Ü9

RELATÓRIO:

6420599822

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares integros.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.


COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250 Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

RELATÓRIO:

6420599823

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

Há fios de Kirschner estabilizando patela.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.


COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

Nascimento.: 15/11/1998 Sexo: M RG.: 20073799143 SSP CE

CPF.: 60457301350

Endereço...: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 60540250

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matrícula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

RELATÓRIO:

6420599824

Textura óssea normal.

Redução de espaços articulares em coxofemorais bilateralmente, mais evidentes à direita.

Haste metálica e parafuso fixando fêmur direito.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.



COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN