

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1659501800

PROIBIDO PLASTIFICAR
1659501800

NOBRE
ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO UF
20073799143 SSP CE

CPF
604.573.013-50

DATA NASCIMENTO
15/11/1998

FILIAÇÃO
ANTONIO GERARDO
PEREIRA DE SALES
KEILA VERONICA CAMELO
DE SALES

PERMISSÃO
ACC
CALHAB
A/B

Nº REGISTRO
06857663695

VALIDADE
30/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2017

OBSERVAÇÕES
EAR:

Alexandre Anthony C. de Sales
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
31/07/2018

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

15641810019
CE166215597

CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 013548379850
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM NÚMERO DATA EXERCÍCIO
RICA 01 759478902 0000000000 2017

NOME
KASSIUS FERNANDO MORAIS DANTAS
FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ
07247820365
PLACA ANT./UF
HMM18522
CATEGORIA
9C2J3C30101R132857
ESPECIE TIPO
COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARKA/MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS
CAP/POV/CL
2P/12CV/124CC
CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
PRETA

COPIA ÚNICA
VENO. COTA ÚNICA
1º ISENTO
2º NAO
3º INCIDE

PRIEIMO TAXA/USO (R\$)
180.65
HOR (R\$)
0.70
PRIEIMO TOTAL (R\$)
185.50
DATA DE PAGAMENTO
27/04/2017

LOCAL
FORTALEZA
DATA
05/12/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 013768920571
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM NÚMERO DATA EXERCÍCIO
NOEL 01 759478902 0000000000 2017

NOME
ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
CAUCAIA/CE

CPF/CNPJ
60457901350
PLACA ANT./UF
HMM18522
CATEGORIA
9C2J3C30101R132857
ESPECIE TIPO
COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARKA/MODELO
HONDA/CG 125 TITAN KS
CAP/POV/CL
2P/12CV/124CC
CATEGORIA
PARTIC
COR PREDOMINANTE
PRETA

COPIA ÚNICA
VENO. COTA ÚNICA
1º ISENTO
2º NAO
3º INCIDE

PRIEIMO TAXA/USO (R\$)
180.65
HOR (R\$)
0.70
PRIEIMO TOTAL (R\$)
185.50
DATA DE PAGAMENTO
27/04/2017

LOCAL
CAUCAIA
DATA
23/02/2016



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 período 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, MATRICULA: 3006280, 22/10/2019 08:34
LIDUINA MARIA PINHEIRO DA SILVA, ANALISTA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES, MATRICULA: 3006496, 18/10/2019 15:14
MARIA LUCIA MELO FIALHO, ASSISTENTE DE ATIVIDADE DE TRÂNSITO E TRANSPORTE, MATRICULA: 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



CNPJ: 05.939.467/0001-18
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.055.426-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.208-610



CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula:

1106694

Setembro/2020

Endereço para entrega:

Dados do Cliente:

TIAGO NICODEMOS CAMELO

RUA PAU RAINHA, NUM, 00464 - B - PARAVIA
NA BOA VISTA, PR 69207-150

Inscrição

Rota

Seq. Rota

Quantidade de Economias

001.030.112.0322.003

Data de Instalação

2242

Situação Água

RESIDENCIAL

Situação Esgoto

A13B241673

13/04/2018

LIGADO

LIGADO

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT. 756

772

16

31

LEITURA INF.

DT. LEITURA 17/08/2020 17/09/2020

ULTIMOS CONSUMOS

202008 14-0

202007 12-0

202006 15-0

202005 15-0

202004 17-0

202003 15-0

MEDIA 14

Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5448 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	C.TOTAIS	E.COLI
EXIGIDAS	100	100	100	100	100
ANALISADAS	100	100	100	100	100
CONFORMES	100	100	100	100	100

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

16 M3

42,21

ESGOTO

80.0 % DO VALOR DE ÁGUA

33,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2020

1,11

TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO:

15/10/2020

77,09



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

1106694

09/2020

15/10/2020

77,09

IMPRESSO EM: 17/09/2020 09:38:24

Via do Cliente

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 Sales

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

15 - E-mail:

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
☐ SEM RENDA

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

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 19 de novembro de 2020

Alexandre Anthony Carmelo de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

60457301350

Alexandre Anthony Carmelo de Sales

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Alexandre Anthony Carmelo de Sales

60457301350

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

Rua Pou Rainha

RR

69307-162

16 - Tel.(DDD):

95981518328

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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
☐ 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:

ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 (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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 -

Impressão 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 19 de novembro de 2020

Boa Vista - RR

Alexandre Anthony Carmelo de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 CAMÊLO DE SALES**
Nascimento: **15/11/1998** CPF: **604.573.013-50**
RG: **20073799143** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **KEILA VERÔNICA CAMÊLO DE SALES**
ANTÔNIO GERARDO PEREIRA DE SALES
Endereço: **RUA PORTO VELHO, 1927 BL 04 AP 104**
Bairro: **GUAJERU**
Município: **CAUCAIA/CE** CEP: **61.600-004**
País: **BRASIL** 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 Nº3839/2019 - 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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019786136



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3685 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Alexandre Anthony C. de S. da S.

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



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, 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.

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



ITAÚ - 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

Valoração 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

Valoração 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>0054</u>
DATA: <u>12/10/2023</u>	TURNO: <u>SN</u>	EQUIPE: <u>DR. RENAN, ENF. TACIO, SOC. MAGES</u>
NOME: <u>Alexandre Anthony Damelo de Sales</u>	IDADE: <u>20 A</u>	SEXO: <u>Masculino</u>
ENDEREÇO: <u>AV. CORONEL DE CARVALHO</u>	<u>1446</u>	
REFERÊNCIA:	BAIRRO: <u>BARRA DO CAXÁ</u>	
QTY: <u>03:141</u>	QUS: <u>03:261</u>	QUY: <u>04:16</u>
QUU: <u>04:40</u>		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

Colisão

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO

- ☐ RESPONSIVO
☒ NÃO RESPONSIVO

EXPANSÃO TORÁCICA

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

- ☒ PRESENTE
☐ AUSENTE

☐ PÉRVAS ☒ OBSTRUÍDAS

POR: Saiba**A**
Vitalidades**B**
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO

- ☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

PALPAÇÃO / PERCUSSÃO

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

AUSCULTA

- ☒ NORMAL
☐ ALTERADA: _____

C
Circulação

PULSO

- ☐ NORMOCÁRDICO
☒ TRAQUICÁRDICO
☐ BRADICÁRDICO
- ☒ CHEIO
☐ FILIFORME
☐ IMPALPÁVEL

LOCAL: _____

PELE

- ☒ FEGRADA
☐ PÁLIDA
☐ CIANÓTICA
- ☒ SUDOREICA
☐ SECA
☐ QUENTE
☐ FRIA

ENCHIMENTO CAPILAR

- ☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 seg

SANGRAMENTO EXTERNO

- ☒ SIM
☐ NÃO

D
Neurologia

ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR

- ESPONTÂNEA ☐ 4
À VOZ ☐ 3
À DOR ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL: 7

RESPOSTA VERBAL

- ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

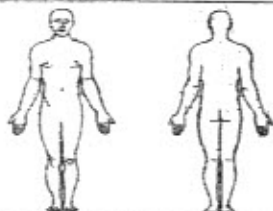
RESPOSTA MOTORA

- OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
LOCALIZA A DOR ☐ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4
FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

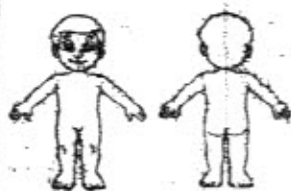
E
Exposição

ADULTO



LESÕES

PEDIÁTRICO



SAMPLA

FC: 98 PA: 130/80 FR: VM GLIC.: _____ OXIM.: 99 TEMP.: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

Paciente vítima de colisão moto-árvore, c/ TCE grave. GL: 7, alcoolizado??, expansivo, agitado. Feito AVP e SQUIN de RL. Realizado dosif. de Midazolam + Fentanil + Succin. (Tubo 8); Realizado 10 ITF. Hemodinamicamente estável. Revisão na PRCP.

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

140

Paciente, 20 anos, vítima de colisão moto-árvore. ECG: 7, Alcoolizado, SENSORES REBAIXADOS GEMENTE. APRESENTANDO SANGRAMENTO NASAL E ORAL em ambiente de emergência. Realizado IMOBILIZAÇÃO (COLAR PRAN-CA) e LAR. PUNÇÃO de AVP (MSD). Administração Fentanil + Dormitor + Succin. EV. Realizado IMOBILIZAÇÃO ORTRAQUEM (Tubo 8). REMOVIDO AO J. F. SOB VM/AMBU. Hemodinamicamente estável, sem INTERCORRENCIA

ASS. / COREN:

ENF. TACIO AGUIAR

COREN: 260.471

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: ITF

☒ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM:

às

hs

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

1. ITEN PM

YBASTOS - SUP. NOTURNO

Carteira com documentos e R\$ 267,00

celular - Iphone 6

Carregador de celular

colar

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM:

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:



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 95 PONTO DE APOIO: UFE Nº DA OCORRÊNCIA: 0054
 DATA: 12/10/2018 TURNO: SIV EQUIPE: Isabel e Batista
 NOME: Alexandre Anthony Camelo de Sales IDADE: 35 SEXO: M
 ENDEREÇO: Comandante Carvalho, 1546 BAIRRO: Barra Ceará
 REFERÊNCIA: Chm. Espumoso QUY: 04:10
 QTY: 03:15 QUS: 08:30 QUU: 04:10
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Motor/Arvore

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

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

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

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input type="checkbox"/> 6
À VOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5
À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4
NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3
TOTAL: _____	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2
		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLIC.:	OXIM.:	TEMP.:
-----	-----	-----	--------	--------	--------

Pte vítima de colisão Motor/Arvore,
 Transportado na USA 03 Reduzido
 AVP, Entubação, Imobilização e
 encaminhado ao UH _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

*Tomás Apao de USA
Transportado pela mesma*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN:

[Signature]

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

☐ UNIDADE DE SAÚDE: *138*

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

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


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Registro de Atendimento Emergencial

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:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

ANS - nº 36.825-3

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

UNIDADE DE ATENDIMENTO

N.º

DADOS DO PACIENTE

N.º DO EXAME

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

DADOS DO CONSULTANTE

CRM

9329

CE

REABILITAÇÃO APÓS FRATURA CONSOLIDADA DO FEMUR E PATELA DIREITOS, LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO
FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA ADM ALONGAMENTOS, FORTALECIMENTO MUSCULAR, TREINO DE MARCHA)

1 0

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

DADOS DO CONSULTADO

Dr. Bruno Botelho

Dr. Alexandre Anthony Camelo de Sales

ANS - nº 36.825-3

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT, N.º

Código de autorização

N.º

Código do beneficiário

Data de emissão

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

21 - ENDERÇO DO BENEFICIÁRIO

22 - ENDERÇO DO PROFISSIONAL

23 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

24 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

25 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

26 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

27 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

28 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

29 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

30 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

31 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

32 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

33 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

34 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

35 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

36 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

37 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

38 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

39 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

40 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

41 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

42 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

43 - ENDERÇO DO ESTABELECIMENTO

REABILITAÇÃO APÓS FRATURA CONSOLIDADA DO FEMUR E PATELA DIREITOS, LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL DIREITO

FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA, ADM, ALCONGAMENTOS, FORTALECIMENTO MUSCULAR, TREINO DE MARCHA)

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

DADOS DO CONTRATADO

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

CRM

9329

CE

Dr. Bruno Botelho
Ortopedista
CRM: 9329 RDE 4496

ALFIRIO O ROSARIO ALEMANO, ZM A CORRIGIDA OS
DESAFIOS DOS EXAMES E ANALISAS DE IMAGEM

Assessoria de Imagem e Diagnóstico
Dr. Bruno Botelho

Dr. Bruno Botelho
CRM: 9329 RDE 4496

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

ANS - n.º 36.825-3

7. Nº do Protocolo, com seu número

8. DADOS DO AUTOSSEGURO

9. Nº

1. NOME DO CONSULTOR

2. NOME

3. NOME

4. DADOS DO BENEFICIÁRIO

5. DATA DO LAUDO

6. DATA DE PASSADO LAUDO

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

11. DATA DE INSCRIÇÃO

12. CATEGORIA DE INSCRIÇÃO

13. CID

DADOS DA ENTIDADE - PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

14. CATEGORIA PROFISSIONAL

15. NÚMERO DO CONTRATO

16. CID

17. CATEGORIA

18. DATA DE INSCRIÇÃO

19. CATEGORIA DE INSCRIÇÃO

20. CID

POS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITA

3 0 7 1 0 0 2 2

RETIRADA DE FIOS INTRA-OSSEOS

3 0 7 3 1 1 1 9

TENOPLASTIA

21. DATA

22. DATA

23. DATA DE INSCRIÇÃO

24. NOME

25. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

26. CATEGORIA PROFISSIONAL

27. NÚMERO DO CONTRATO

28. CID

29. CATEGORIA

30. DATA DE INSCRIÇÃO

31. NOME

32. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

33. CATEGORIA PROFISSIONAL

34. NÚMERO DO CONTRATO

35. CID

36. CATEGORIA

37. DATA DE INSCRIÇÃO

38. NOME

39. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

40. CATEGORIA PROFISSIONAL

41. NÚMERO DO CONTRATO

42. CID

43. CATEGORIA

44. DATA DE INSCRIÇÃO

45. NOME

46. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

47. CATEGORIA PROFISSIONAL

48. NÚMERO DO CONTRATO

49. CID

50. CATEGORIA

51. DATA DE INSCRIÇÃO

52. NOME

53. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

54. CATEGORIA PROFISSIONAL

55. NÚMERO DO CONTRATO

56. CID

57. CATEGORIA

58. DATA DE INSCRIÇÃO

59. NOME

60. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

61. CATEGORIA PROFISSIONAL

62. NÚMERO DO CONTRATO

63. CID

64. CATEGORIA

65. DATA DE INSCRIÇÃO

66. NOME

67. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

68. CATEGORIA PROFISSIONAL

69. NÚMERO DO CONTRATO

70. CID

71. CATEGORIA

72. DATA DE INSCRIÇÃO

73. NOME

74. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

75. CATEGORIA PROFISSIONAL

76. NÚMERO DO CONTRATO

77. CID

78. CATEGORIA

79. DATA DE INSCRIÇÃO

80. NOME

81. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

82. CATEGORIA PROFISSIONAL

83. NÚMERO DO CONTRATO

84. CID

85. CATEGORIA

86. DATA DE INSCRIÇÃO

87. NOME

88. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

89. CATEGORIA PROFISSIONAL

90. NÚMERO DO CONTRATO

91. CID

92. CATEGORIA

93. DATA DE INSCRIÇÃO

94. NOME

95. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

96. CATEGORIA PROFISSIONAL

97. NÚMERO DO CONTRATO

98. CID

99. CATEGORIA

100. DATA DE INSCRIÇÃO

101. NOME

102. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

103. CATEGORIA PROFISSIONAL

104. NÚMERO DO CONTRATO

105. CID

106. CATEGORIA

107. DATA DE INSCRIÇÃO

108. NOME

109. NOME

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

110. CATEGORIA PROFISSIONAL

111. NÚMERO DO CONTRATO

112. CID

113. CATEGORIA

Dr. Bruno Botelho
CRM 33000/SP
4498

Dr. Alexandre Anthony Camelo de Sales
CRM 33000/SP
4498

Dr. Alexandre Anthony Camelo de Sales
CRM 33000/SP
4498

ANS - nº 36.825-3

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT - Nº

1. Nome do Profissional

2. Data

3. Dados do Atendimento

4. Local de Atendimento

5. Data de Emissão do Guia

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

DADOS DO CONTRATADO SEM ATIVIDADE

6. Nome do Contratado

7. Data de Nascimento

8. Nome do Contratado

9. Nome do Contratado

10. Nome do Contratado

11. Nome do Contratado

12. Nome do Contratado

AValiação com Neurocirurgia

LESÃO DO PLEXO BRAQUIAL A DIREITA

0 1

13. Nome do Profissional

14. Data

15. Dados do Atendimento

16. Local de Atendimento

17. Data de Emissão do Guia

18. Nome do Contratado

19. Data de Nascimento

20. Nome do Contratado

21. Nome do Contratado

22. Nome do Contratado

23. Nome do Contratado

24. Nome do Contratado

25. Nome do Profissional

26. Data

27. Dados do Atendimento

28. Local de Atendimento

29. Data de Emissão do Guia

30. Nome do Contratado

31. Data de Nascimento

32. Nome do Contratado

33. Nome do Contratado

34. Nome do Contratado

35. Nome do Contratado

36. Nome do Contratado

37. Nome do Profissional

38. Data

39. Dados do Atendimento

40. Local de Atendimento

41. Data de Emissão do Guia

42. Nome do Contratado

43. Data de Nascimento

44. Nome do Contratado

45. Nome do Contratado

46. Nome do Contratado

47. Nome do Contratado

48. Nome do Contratado

49. Nome do Profissional

50. Data

51. Dados do Atendimento

52. Local de Atendimento

53. Data de Emissão do Guia

54. Nome do Contratado

55. Nome do Contratado

RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO

PACIENTE: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
DIAGNÓSTICO: PÓS-OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITA
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 93771/DF 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 às 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:

S800

.....
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 10638

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

Local e Data

Assinatura do Médico

JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM 12051

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHMVC30P5N1K0

Solicitacao 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 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, 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 refere dor, atrofia muscular, limitação do arco de movimento e incapacidade de exercer suas atividades habituais. Recomendo afastamento de suas atividades laborais por um período de mais 90 (noventa) dias, de acordo com o critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 30 de JUNHO de 2020


Botelho
Traumatologia
CRM-CE 9329 RQE 4498

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



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 álgicas.

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 (x) Inalterado () Óbito ()

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

Retornar: (x) 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



NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
FILIAÇÃO: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
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 motociclístico.

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-quiásmática 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 SARA
A autenticidade deste documento poderá ser verificada em www.sarah.br/area-paciente/documento



Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação
Associação das Pioneiras Sociais

Relatório

Data do documento: 17/09/2019

NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
FILIAÇÃO: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
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 álgicas.

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:

Tipo de anestesia/Sedação: Geral

Cirurgião: Dr. Abrahão

Data: 26/10/2018

Condições de Alta/Transferência

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

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

Retornar: (x) 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

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª 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
FILIAÇÃO: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
CPF: 60457301350

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES, 21 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 motociclístico.

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

Relatório

Data do documento: 27/01/2020

NOME: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES
FILIAÇÃO: KEILA VERONICA CAMELO DE SALES e ANTONIO GERARDO PEREIRA DE SALES
ENDEREÇO: RUA PARANÁ CAUCAIA/CE

REGISTRO: F041284
DATA NASC.: 15/11/1998
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

1 - Registro Ans
ANS nº 368233

3 - Nº Guia Principal
74870404

4 - Data da Autorização

5 - Semáforo

6 - Data da Validade da Semáforo

7 - Data de Emissão da Guia

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira
81200023499022

9 - Plano
NOSSO PLANO XXIX - 461604109

10 - Validade da Carteira

11 - Nome
ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

14 - Nome do Contratado

16 - Nome do Profissional Solicitante
FRANCISCO RICARDO DE SOUZA ARAUJO

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação
29/01/2020 11:55

22 - Códigos da Solicitação
E E - Externa U - Urgência/Emergência

23 - CID 10

24 - Indicação Clínica
BAV EM OE APÓS ACIDENTE ACORRIDO A CERCA DE 2 ANOS

17 - Conselho Profissional
CRM

18 - Número no Conselho
8923

15 - Código CNES

19 - UF
CE

20 - Código CID 9

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento

27 - Descrição

MAPEAMENTO DA RETINA - MONOCULAR

CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA MONOCULAR

28 - Qtd. Solic.

29 - Qtd. Autor.

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF

31 - Nome do Contratado

32 - T. Log

33 34 35 - Inscrição - Número

36 - Município

37 - UF

38 - Cód. IBGE

39 - CEP

40 - Código CNES

41 - Nome do Profissional Executante/Complementar

42 - Conselho Profissional

43 - Número no Conselho

44 - UF

45 - Código CBO S

45 a - Grau de Participação

46 - Tipo de Atendimento

47 - Indicação de Admissão

48 - Tipo de Saúde

49 - Tipo de Doença

50 - Tempo de Doença

51 - Data

52 - Hora Inicial

53 - Hora Final

54 - Tab

55 - Código do Procedimento

56 - Cód. Cde

57 - Via

58 - Tec

59 - %Red / Acrescimo

60 - Valor Unitário - R\$

61 - Valor Total - R\$

62 - Total Procedimentos - R\$

63 - Total Taxas e Aluguéis - R\$

64 - Total Materiais - R\$

65 - Total Medicamentos - R\$

66 - Total Datas - R\$

67 - Total Gases Medicinas - R\$

68 - Total Geral da Guia - R\$

69 - Data e Assinatura do Solicitante

70 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

71 - Data e Assinatura do Prestador Executante

72 - Data e Assinatura do Usuário / Representante

73 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização

74 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

75 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

76 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

77 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

78 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

79 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

80 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

81 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

82 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

83 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

84 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

85 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

86 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

87 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

89 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

90 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

91 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

92 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

93 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

94 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

95 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

96 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

97 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

98 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

99 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

100 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

101 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

102 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

103 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

104 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

105 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

106 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

107 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

108 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

109 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

110 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

111 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

112 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

113 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

114 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

115 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

116 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

117 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

118 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

119 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

120 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

121 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

122 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

123 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

124 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

125 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

126 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

127 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

128 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

129 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

130 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

131 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

132 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

133 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

134 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

135 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

136 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

137 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

138 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

139 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

140 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

141 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

142 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

143 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

144 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

145 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

146 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

147 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

148 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

149 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

150 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

151 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

152 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

153 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

154 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

155 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

156 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

157 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

158 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

159 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

160 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

161 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

162 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

163 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

164 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

165 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

166 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

167 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

168 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

169 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

170 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

171 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

172 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

173 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

174 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

175 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

176 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

177 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

178 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

179 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

180 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

181 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

182 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

183 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

184 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

185 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

186 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

187 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

188 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

189 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

190 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

191 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

192 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

193 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

194 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

195 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

196 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

197 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

198 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

199 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

200 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

201 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

202 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

203 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

204 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

205 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

206 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

207 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

208 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

209 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

210 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

211 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

212 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

213 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

214 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

215 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

216 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

217 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

218 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

219 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

220 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

221 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

222 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

223 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

224 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

225 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

226 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

227 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

228 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

229 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

230 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável

231 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável



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 6054025 0 Tel.: 996352711

Convenio.: HAPVIDA

Matricula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

6420599821

RELATÓRIO:

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 a 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



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 2 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 6054025 0

Tel.: 996352711

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX CLAVICULA DIREITA

!c7^Ü9'

6420599822

RELATÓRIO:

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

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 a 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

ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 3 de 4

Paciente...: 4739243 ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

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

Endereco.: R PARANA 1927 PARQUE ALBANO CAUCAIA CE 6054025 0 Tel.: 996352711

Convenio.: HAPVIDA

Matricula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

6420599823

RELATÓRIO:

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 a 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

ANTONIO
PRUDENTE

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 34565323

Data 17/12/2019

Pag 4 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 6054025 0 Tel.: 996352711

Convenio.: HAPVIDA

Matricula.: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

6420599824

RELATÓRIO:

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 a 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

48640269

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SPADT - N.º

ANS - N.º 36.825-3

81200 023499 022

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELO

REABILITAÇÃO APÓS FRATURA DO FEMUR E PATELA DIR
FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA, AMPLITUDE DE MOVIMENTO, ALCANCE, ALONGAMENTOS, FORTALECIMENTO, TREINO DE MARCHA)

Carla Sotter

1 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		2 - DATA DO REGISTRO		3 - DATA DA EMISSÃO DO GUIA		4 - DATA DO REGISTRO	
5 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		6 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		7 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		8 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
9 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		10 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		11 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		12 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
13 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		14 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		15 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		16 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
17 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		18 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		19 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		20 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
21 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		22 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		23 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		24 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
25 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		26 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		27 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		28 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
29 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		30 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		31 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		32 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
33 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		34 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		35 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		36 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
37 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		38 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		39 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		40 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
41 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		42 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		43 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		44 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
45 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		46 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		47 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		48 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
49 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		50 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		51 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		52 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
53 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		54 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		55 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		56 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
57 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		58 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		59 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		60 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
61 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		62 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		63 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		64 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
65 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		66 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		67 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		68 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
69 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		70 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		71 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		72 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
73 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		74 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		75 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		76 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
77 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		78 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		79 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		80 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
81 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		82 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		83 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		84 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
85 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		86 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		87 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		88 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
89 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		90 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		91 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		92 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
93 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		94 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		95 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		96 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	
97 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		98 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		99 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE		100 - ENDEREÇO COMPLETO DO CLIENTE	

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 33115-SP
R. 4498

048640562

happinec
OBTENTOR(A) DE

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

ANS - n.º 36.825-3

1. NOME DO(A) AUTORIZADO(A)

2. D.º

DADOS DO AUTORIZADO

3. DATA DE EMISSÃO DA GUIA

4. DATA DE EXATIDÃO DA GUIA

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

1. NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE

2. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

3. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

4. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

BRUNO BOTELHO

5. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

REABILITAÇÃO APÓS FRATURA DO FEMUR E PATELA DIR

FISIOTERAPIA MOTORA (ANALGESIA, AMPLITUDE DE MOVIMENTO, ALCANCE, FORTECIMENTO, TREINO DE MARCHA)

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

6. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

7. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

8. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

9. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

10. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

11. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

12. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

13. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

14. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

15. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

16. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

17. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

18. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

19. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

20. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

21. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

22. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

23. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

24. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

25. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

26. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

27. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

28. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

29. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

30. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

31. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

32. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

33. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

34. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

35. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

36. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

37. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

38. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

39. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

40. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

41. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

42. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

43. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

44. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

45. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

46. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

47. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

48. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

49. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

50. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

51. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

52. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

53. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

54. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

55. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

56. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

57. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

58. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

59. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

60. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

61. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

62. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

63. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

64. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

65. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

66. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

67. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

68. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

69. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

70. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

71. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

72. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

73. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

74. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

75. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

76. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

77. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

78. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

79. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

80. ENDEREÇO DO CONTRATADO SOLICITANTE

Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9329 SP

Imagem 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.

Hipocampus 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.

Ventrículos 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>>>

Imagem 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

Realce paquimeníngeo 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 ortodôntico.

Dr. BRUNO CORDEIRO BASTOS
CRM 10114

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX - HAPFOR

NºPedido: 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

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR

Queixa Principal:

Exame:

RX COXA (MENBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

6420599821

RELATÓRIO:

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 a 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

Endereco...: 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'

6420599822

RELATÓRIO:

Presença de fratura com desvio em corpo da escápula.

Superfícies e espaços articulares íntegros.

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 a 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

Convenio...: HAPVIDA

Tel.: 996352711

Matricula...: 81200023499022011

Solicitante: Dr(a) PEDRO BARREIRA CABR**Queixa Principal:****Exame:**

RX JOELHO: A.P. - LATERAL DIREITO

!c7^Ü:"

6420599823

RELATÓRIO:

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 a 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 BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!c7^Ü;"

6420599824

RELATÓRIO:

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 a 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