

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2945469720201230095209

Processo 0831338-15.2020.8.23.0010 ☆ - (21 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais Informações Adicionais Partes Movimentações Apensamentos (0) Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de: Magistrado Servidor Advogado Membro MP Defensor Procurador Outros Audiência

Ocultar Movimentos: Inválidos Sem Arquivo Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por: Advogado Advogado NPJ Entidades Remessa Magistrado Procurador Servidor

Sequencial(Intervalo): ao Data do Movimento(Período): à

Descrição:

9 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 9

500 por pág. ▾

1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	9	30/12/2020 09:52:09	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	9.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2775437CONTESTACAO01.pdf Público	
	9.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO 2775437CONTESTACAOAnexo02.pdf Público	
	9.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO KITSEGURADORALIDER.pdf Público	
	8	21/12/2020 00:01:18	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES) em 21/01/2021 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020) e ao evento de expedição seq. 7.	SISTEMA CNJ
	7	09/12/2020 13:12:07	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (09/12/2020)	Jhonatan de Almeida Santil Analista Judiciário
<input type="checkbox"/>	6	09/12/2020 10:01:34	CONCEDIDO O PEDIDO	BRUNO FERNANDO ALVES COSTA Magistrado
	5	08/12/2020 15:50:46	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
	4	08/12/2020 15:50:46	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
	3	08/12/2020 15:50:46	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
	2	08/12/2020 15:50:46	DISTRIBUÍDO POR SORTEIO 1ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	1	08/12/2020 15:50:46	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

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

1659501800

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1659501800

PROIBIDO PLASTIFICAR

1659501800

CEARA

NOBRE
ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR UF
20073799143 SSP CE

CPF
604.573.013-50

DATA NASCIMENTO
15/11/1998

FUNÇÃO
ANTONIO GERARDO
PEREIRA DE SALES
KEILA VERONICA CAMELO
DE SALES

PERÍODO
ACD
CALHA
AB

Nº REGISTRO
06857663695

VALIDADE
30/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/06/2017

OBSERVAÇÕES
EAR:

Assinatura do Portador
Alexandre Anthony C. de Sales

DATA EMISSÃO
31/07/2018

LOCAL
FORTALEZA, CE

Assinatura do Emissor
15841810019
CE166215597

CEARA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 013548379850
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

RICA 01 759478902
 VIA COD. RENAVAM
 NOME: KASSIUS FERNANDO MORAIS DANTAS
 EXERCÍCIO: 2017

07247820365
 PLACA ANTUF
 CHASSI: 9C2JC30101R132857
 PLACA: HMM8522

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CASOLINA
 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS
 CATEGORIA: 2P/12CV/124CC
 PARTIC: PRETA
 ANO FAB: 2001 ANO MOD: 2001
 VENIC. COTA UNICA: **/**/**
 VENIC. COTAS: 1º ISENTO
 2º NAO
 3º INCIDE

PRECISO (VALOR ANO (R\$)) 180,65
 HOR (R\$) 0,70
 PRECISO TOTAL (R\$) 185,50
 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/2017

OBSERVAÇÕES
 LOCAL: FORTALEZA
 LOCA: Igor Pontes
 DATA: 05/12/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 015788920571
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

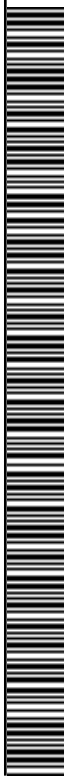
NOEL 01 759478902
 VIA COD. RENAVAM
 NOME: ALEXANDRE ANTHONY CARRELO DE SALES
 EXERCÍCIO: 2017

60457301350
 PLACA ANTUF
 CHASSI: 9C2JC30101R132857
 PLACA: HMM8522

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA
 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS
 CATEGORIA: 2P/12CV/124CC
 PARTIC: PRETA
 ANO FAB: 2001 ANO MOD: 2001
 VENIC. COTA UNICA: **/**/**
 VENIC. COTAS: 1º ISENTO
 2º NAO
 3º INCIDE

PRECISO (VALOR ANO (R\$)) 180,65
 HOR (R\$) 0,70
 PRECISO TOTAL (R\$) 185,50
 DATA DE PAGAMENTO: 27/04/2017

OBSERVAÇÕES
 LOCAL: CAUCAIA
 LOCA: Igor Pontes
 DATA: 23/02/2016





**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
*Secretaria da Infraestrutura
Departamento Estadual de Trânsito*



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.detrان.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

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: ALEXANDRE ANTHONY
CAMELO DE SALES

CPF de: Próprio

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: 05.939.667/0001-15
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.855.426-3
 RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.208-610

ATENÇÃO
CAERR
 0800 280 9520
 www.caerr.com.br

Matricula:

1106694

Setembro/2020

Dados do Cliente:

TIAGO NICODENOS CAMELO

Endereço para entrega:

RUA PAU RAINHA, NUM. 00464 - B - PARAVIA
 NA BOA VISTA PR 69207-160

Inscrição Rota Seq. Rota Quantidade de Economias

002.030.112.0322.003 Data de Instalação 2243 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\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	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

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



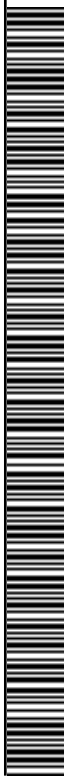
MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1106694	09/2020	15/10/2020	77,09


Via do Cliente



Seguradora		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		60457301350	Alexandre Anthony Carmelo de Sousa
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 Sousa		60457301350	
7 - Profissão:		9 - Número:	
Públ. administrativa		464	
8 - Endereço:		10 - Complemento:	
Rua Pau Rainha			
11 - Bairro:		13 - Estado:	
Paranópolis		RR	
12 - Cidade:		14 - CEP:	
Boa Vista		69307-162	
15 - E-mail:		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:			
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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS:			
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: ITAÚ			
AGÊNCIA: 6540 CONTA: 31796			
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo			
24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:			
30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:			
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, 11 de novembro de 2020 Boa Vista - RR			
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Alexandre Anthony Carmelo de Sousa			
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			

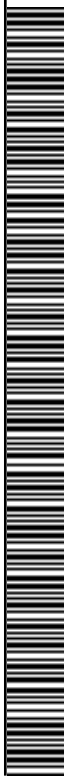
Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8BT BRSKR LFA DB FXD7A



		PEDIDO DO SEGURO DPVAT		
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
	x 60457301350	x Alexandre Anthony Carmelo de Sousa		
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:			
x Alexandre Anthony Carmelo de Sousa	x 60457301350			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	
Aut. administrativa	Rua Pau Rainha	464		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
Paranópolis	Boa Vista	RR	x 69307-162	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):			
	x 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: <u>ITAÚ</u>		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		AGÊNCIA: <u>6540</u> CONTA: <u>31796</u>		
AGÊNCIA: <input type="text"/>		CONTA: <input type="text"/>		
(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				
<input checked="" type="checkbox"/> 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:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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		38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____		
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)		Assinatura da testemunha		
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____		
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)		Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, <u>11 de novembro de 2020 Boa Vista - RR</u>				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>x Alexandre Anthony</u>		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				

FPS.001 V002/2019

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8BT BRSKR LFADB FXD7A





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

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) Vitima(s)

Nome: **ALEXANDRE ANTHONY CAMÉLO DE SALES**
Nascimento: **15/11/1998** CPF: **604.573.013-50**
RG: **20073799143** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **KEILA VERÔNICA CAMÉLO 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

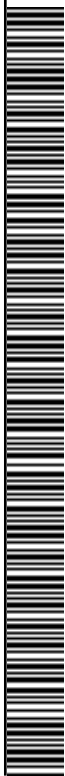
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HWM-8522; QUE TRAFEGAVA PELA AV. CORONEL CARVALHO, QUANDO COLIDIU COM UMA ARVORE NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO 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

Alexandre





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 Sales.

VISTO DO DELEGADO(A) : [Signature]
DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6



[Large vertical handwritten mark]





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, 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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0324418/20

Vítima: ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

CPF: 604.573.013-50

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 12/10/2018

Titular do CPF: ALEXANDRE ANTHONY
CAMELO DE SALES

CPF de: Próprio

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





SERVÍCIO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USA 03 PONTO DE APOIO: UFC Nº DA OCORRÊNCIA: 0054
 DATA: 12/10/2023 TURNO: SN EQUIPE: DR. RENAN, ENF. TACIO, SOC. MARCE
 NOME: Alexandre Anthony Damelo de Sales IDADE: 20 A SEXO: Masculino
 ENDEREÇO: AV. CORONEL DE CARVALHO BAIRRO: BARRA DO LEÃO
 REFERÊNCIA: _____ QUY: 03:14 QUS: 03:26 QYU: 04:16 QUU: 04:40
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO: RESPONSIVO NÃO RESPONSIVO
 EXPANSÃO TORÁCICA: PRESENTE AUSENTE
 PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO): PRESENTE AUSENTE
 PÉRVES: PÉRVES OBSTRUÍDAS POR: Sangue

A **C**
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
 PELE: FEGRADA PÁLIDA CIANÓTICA
 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 1, 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.: _____

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8BT BRSKR LFADB FXD7A



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

PETE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ÁRVORE, C/ TCE GRAVE. GL: 7, ALCOOLIZADO?? EUPNÓTICO, AGITADO. FEITO ACP E SQUEL DE RL. REALIZADO DOS C/ MIDAZOLAM + FOLITANIL + SUCCIN. (TUBO 8); Realizado 10 JTF. Hemodinamicamente estável - Realizado na PRCP.

ASS. / CRM: [Assinatura] 140

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

PACIENTE, 20 ANOS, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ÁRVORE. TCE: 7, ALCOOLIZADO, SENSIBILIZADO GERALMENTE. APRESENTANDO SANGRAMENTO NASAL E ORAL B/ GUBERNO ROTACIONAL. PRESENTANDO IMOBILIZAÇÃO (C/ LULA PRAN-CA LULA). PUNÇONADO ACP (MSD). ADMONSTRADO FENTANIL + DORMONADO + SUCCIN. EV. REALIZADO INJEÇÃO CONTRAQUEM (TUBO Nº 8). REMOVIDO AO JTF E SOB VM/AMBU. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS

ASS. / COREN: ENF. TACCO AGUIAR
COREN: 260471

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

- UNIDADE DE SAÚDE: JTF
- LIBERADO
- RECUSA
- REMOVIDO POR TERCEIROS
- OUTRO:
- ÓBITO →
- NO LOCAL
- DURANTE O TRANSPORTE
- PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
- ASS. DO RESPONSÁVEL:
- ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

BOLETIM EMERG:

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

Carteira com documentos e RE 267,00
celular - Iphone 6
Carregador de celular
colar

EM: _____ às _____ hs

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:



SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



P 871165 / 2019

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEICULO: 95 PONTO DE APOIO: UFE Nº DA OCORRÊNCIA: 0054
 DATA: 12/10/18 TURNO: SIV EQUIPE: Isabel e Bárbara
 NOME: Alexandre Antony Carneiro IDADE: 36 anos SEXO: M
 ENDEREÇO: Comandante Carvalho 1346
 REFERÊNCIA: Chur. Espumoso BAIRRO: Barra Coarú
 QTY: 03:15 QUS: 20:30 QUY: 04:10 QUU:
 NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Motor Aéreo

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: _____

A Vitalidade	PADRÃO 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	_____	_____	_____
B Respiração	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE	_____	_____	_____

C Circulação	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"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> FRIA		

LOCAL: _____

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

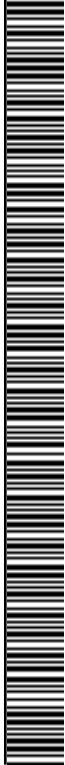
E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

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

7º vítima de colisão Motor Aéreo,
 Transportado na USA 03 Redução
 AVP, Entubação, Imobilização e
 medicamentoso ap 108

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
 Validação deste em https://projudi.tjrj.jus.br/projudi - Identificador: PJ8BT BRSKR LFADB FXD7A



PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. / CRM:

*Joãozinho Apoiado de USA
transportado pela mesma*

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS. / COREN:

J. Barbosa

DESTINO DO PACIENTE

ASS.:

- UNIDADE DE SAÚDE: 159
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO:
 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:

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:



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA

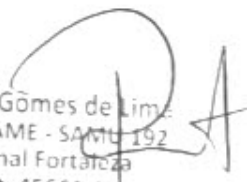
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Alexandre Anthony Camelo de Sales** - C.P.F. - **604.573.103-50**, no dia **12/10/2018**, às **03h26min**, na **Avenida Coronel Carvalho**, no **Bairro Barra do Ceará**, vítima de acidente de trânsito.

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





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

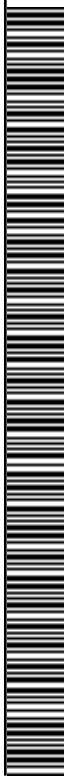
Emitido em: 20/09/2019 13:26:34

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 Publica	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:			

Handwritten notes and signature:
MOTOCICLISTA
TIPO DE ACIDENTE
SUS
20 09 2019
MOTOCICLISTA 51022
João Farias





ANS - nº 36.825-3
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI - 2º N°

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

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

CRM

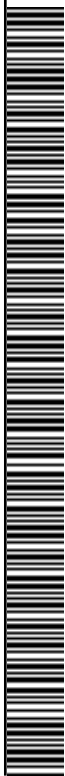
9329

CE

1 0

Form containing various fields for patient information, medical history, and professional details. Includes sections for 'DADOS DO CONTRATADO', 'DADOS DO CONTRATANTE', and 'PROCEDIMENTOS E PROCEDIMENTOS EM SEDE ADMINISTRATIVA'. There is a large grid area for recording procedures and a signature block at the bottom left.

Signature of Dr. Alexandre Anthony Camelo de Sales



ANS - nº 36.825-3

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

1. NOME DO CONSULTANTE: **ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES**

2. NOME DO CONSULTADO: **BRUNO BOTELHO**

3. ENDEREÇO DO CONSULTANTE: _____

4. ENDEREÇO DO CONSULTADO: _____

5. CIDADE DO CONSULTANTE: _____

6. CIDADE DO CONSULTADO: _____

7. DATA DE EMISSÃO DO GUIA: _____

8. VALOR DO SERVIÇO: _____

9. VALOR DO IMPOSTO: _____

10. VALOR TOTAL: _____

11. NOME DO COMITENTE: _____

12. NOME DO COMITENTE: _____

13. NOME DO COMITENTE: _____

14. NOME DO COMITENTE: _____

15. NOME DO COMITENTE: _____

16. NOME DO COMITENTE: _____

17. NOME DO COMITENTE: _____

18. NOME DO COMITENTE: _____

19. NOME DO COMITENTE: _____

20. NOME DO COMITENTE: _____

21. NOME DO COMITENTE: _____

22. NOME DO COMITENTE: _____

23. NOME DO COMITENTE: _____

24. NOME DO COMITENTE: _____

25. NOME DO COMITENTE: _____

26. NOME DO COMITENTE: _____

27. NOME DO COMITENTE: _____

28. NOME DO COMITENTE: _____

29. NOME DO COMITENTE: _____

30. NOME DO COMITENTE: _____

31. NOME DO COMITENTE: _____

32. NOME DO COMITENTE: _____

33. NOME DO COMITENTE: _____

34. NOME DO COMITENTE: _____

35. NOME DO COMITENTE: _____

36. NOME DO COMITENTE: _____

37. NOME DO COMITENTE: _____

38. NOME DO COMITENTE: _____

39. NOME DO COMITENTE: _____

40. NOME DO COMITENTE: _____

41. NOME DO COMITENTE: _____

42. NOME DO COMITENTE: _____

43. NOME DO COMITENTE: _____

44. NOME DO COMITENTE: _____

45. NOME DO COMITENTE: _____

46. NOME DO COMITENTE: _____

47. NOME DO COMITENTE: _____

48. NOME DO COMITENTE: _____

49. NOME DO COMITENTE: _____

50. NOME DO COMITENTE: _____

51. NOME DO COMITENTE: _____

52. NOME DO COMITENTE: _____

53. NOME DO COMITENTE: _____

54. NOME DO COMITENTE: _____

55. NOME DO COMITENTE: _____

56. NOME DO COMITENTE: _____

57. NOME DO COMITENTE: _____

58. NOME DO COMITENTE: _____

59. NOME DO COMITENTE: _____

60. NOME DO COMITENTE: _____

61. NOME DO COMITENTE: _____

62. NOME DO COMITENTE: _____

63. NOME DO COMITENTE: _____

64. NOME DO COMITENTE: _____

65. NOME DO COMITENTE: _____

66. NOME DO COMITENTE: _____

67. NOME DO COMITENTE: _____

68. NOME DO COMITENTE: _____

69. NOME DO COMITENTE: _____

70. NOME DO COMITENTE: _____

71. NOME DO COMITENTE: _____

72. NOME DO COMITENTE: _____

73. NOME DO COMITENTE: _____

74. NOME DO COMITENTE: _____

75. NOME DO COMITENTE: _____

76. NOME DO COMITENTE: _____

77. NOME DO COMITENTE: _____

78. NOME DO COMITENTE: _____

79. NOME DO COMITENTE: _____

80. NOME DO COMITENTE: _____

81. NOME DO COMITENTE: _____

82. NOME DO COMITENTE: _____

83. NOME DO COMITENTE: _____

84. NOME DO COMITENTE: _____

85. NOME DO COMITENTE: _____

86. NOME DO COMITENTE: _____

87. NOME DO COMITENTE: _____

88. NOME DO COMITENTE: _____

89. NOME DO COMITENTE: _____

90. NOME DO COMITENTE: _____

91. NOME DO COMITENTE: _____

92. NOME DO COMITENTE: _____

93. NOME DO COMITENTE: _____

94. NOME DO COMITENTE: _____

95. NOME DO COMITENTE: _____

96. NOME DO COMITENTE: _____

97. NOME DO COMITENTE: _____

98. NOME DO COMITENTE: _____

99. NOME DO COMITENTE: _____

100. NOME DO COMITENTE: _____

3	0	7	1	0	0	2	2
3	0	7	3	1	1	1	9

RETIRADA DE FIOS INTRA-OSSEOS
TENOPLASTIA

POS OPERATÓRIO DE FRATURA DA PATELA DIREITA

CRM 9329 CE

Dr. Bruno Botelho
CRM 90742/SP
CRM 50000/SP
CRM 4498

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

ANS - n.º 36.825-3

1. Nome do Profissional: **ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES**

2. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

3. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

4. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

5. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

6. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

7. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

8. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

9. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

10. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

11. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

12. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

13. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

14. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

15. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

16. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

17. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

18. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

19. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

20. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

21. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

22. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

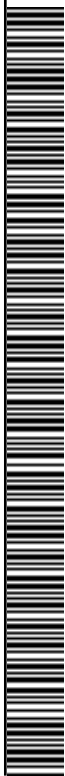
23. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

24. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

25. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

26. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**

27. Nome do Profissional: **BRUNO BOTELHO**



Dr. Bruno Botelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 9329 RDE 4490

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/RS 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

.....
Codigo 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

29/06/2020 19:44

10.1.32.206





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

02/03/20
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

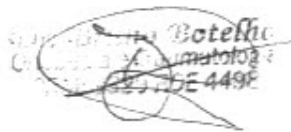


HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

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 a critério do médico perito do INSS) dias para tratamento fisioterápico de reabilitação.

Fortaleza, 30 de JUNHO de 2020



Botelho
Traumatologia
4498

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





Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

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

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





Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

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 (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





Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

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. Nº: 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.

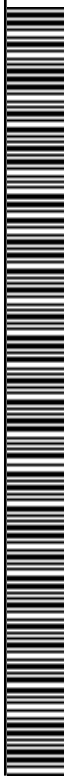
Comorbidades/ diagnósticos associados:
Passado cirúrgico de hérnia umbilical.
Alérgico a Dipirona.

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



Fortaleza, 27/01/2020 16:01

Página: 2/2



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

SARA - Fortaleza - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 4500 - Passaré - Fortaleza - CE - 60.861-630
Fone: (85) 3499-4999 - Fax: (85) 3409-4d79

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BT BRSKR LFADB FXD7A





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 74870404

1 - Registro Ans: **ANS nº 368263**
3 - Nr. Guia Principal: **74870404**
4 - Data da Autorização5 - Sentin

8 - Número da Carteira: **81200023499022**
9 - Plano: **NOSSO PLANO XXIX - 481604109**
10 - Validade da Carteira
11 - Nome: **ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES**
12 - Número do Cartão Nacional de Saúde

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
14 - Nome do Contratado
15 - Código CNEC

16 - Nome do Profissional Solicitante: **FRANCISCO RICARDO DE SOUZA ARAUJO**
17 - Conselho Profissional: **CRM**
18 - Número no Conselho: **8923**
19 - UF: **CE**
20 - Código CBO S

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS
21 - Data/Local de Solicitação: **29/01/2020** **11:55**
22 - Caracter da Solicitação: **E** E - Eletiva U - Urgencial/Emergenci
23 - CID 10
24 - Indicação Clínica: **BAV EM OE APÓS ACIDANTE ACCORRIDO A CERCA DE 2 ANOS**
25 - Tabela: **26** - Código do Procedimento: **27** - Distrito: **MAPEAMENTO DA RETINA - MONOCULAR**
2 **1992** **50010093** **50010042** **CAMPIMETRIA MANUAL OU COMPUTADORIZADA MONOCULAR**
28 - Cidade: **2**
29 - Cidade Autor.

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE
30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF
31 - Nome do Contratado
32 - T. Log
33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento
36 - Município
37 - UF
38 - Cod. IBGE
39 - CEP
40 - Código CNEC

DADOS DO ATENDIMENTO
46 - Tipo de Atendimento: **01** - Remissão **02** - Pequena Cirurgia **03** - Terapia **04** - Consulta **05** - Exame **06** - Atendimento Domiciliar
07 - SADI Intermitente **08** - Quimioterapia **09** - Radioterapia **10** - TRS - Terapia Renal Substitutiva
47 - Indicação de Adipm: **0** - Acidente ou Doença relacionado ao trabalho
48 - Tipo de Doença: **49** - Tipo de Doença
2 **A** **A** **Anos** **M** **Meses** **D** **Dias**
49 - Tipo de Doença
50 - Tempo de Doença
41 - Nome do Profissional Escrutinador/Complementar
42 - Conselho Profissional
43 - Número no Conselho
44 - UF
45 - Código CBO S
46 - Grau de Participação

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab.	55 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Via	59 - Tec	60 - %Red / Adesivo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
1 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
2 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
3 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
4 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
5 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
6 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
7 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
8 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
9 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II
10 -	II	II	II	II	II	II	II	II	II	II

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Sítio
64 - Observação
65 - Total Procedimentos - R\$
66 - Total Taxas e Abat. - R\$
67 - Total Materiais - R\$
68 - Total Medicamentos - R\$
69 - Total Datas - R\$
70 - Total Gases Medicinas - R\$
71 - Total Geral da Guia - R\$

AUTORIZO O PRESTADOR A DISPONIBILIZAR A OPERADORA OS RESULTADOS DOS EXAMES E AVALIAÇÕES DE MEU ATENDIMENTO.

Assinatura do Usuário / Representante

Francisco Ricardo de Souza Araújo
CRM: 8923

86 - Data e Assinatura do Solicitante
29/01/2020

87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização
29/01/2020

88 - Data e Assinatura do Prestador Escrutinador



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
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 COXA (MEMBROS 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

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 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





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.

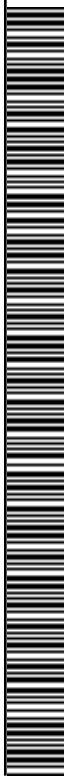
Há fios de Kirschner estabilizando patela.

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





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
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 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



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

ANS - nº 36.825-3

812000023499622

ALEXANDRE ANTHONY CAMELO DE SALES

BRUNO BOTELHO

048640269

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

Carina Foster

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

Dr. Bruno Botelho
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 33315 / ROR 4498

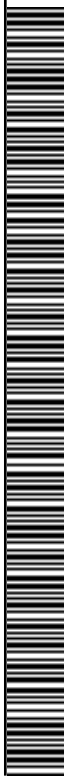


Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

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.

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.

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

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 COXA (MEMBROS INFERIORES) DIREITA

!c7^Ü8'

6420599821

RELATÓRIO:

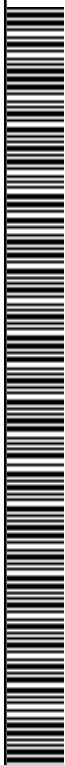
Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em fêmur com haste metálica e parafusos.

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
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 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 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 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 60540250 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.

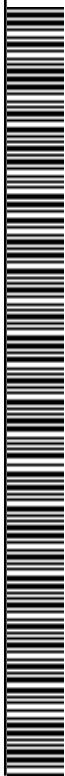
Há fios de Kirschner estabilizando patela.

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





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
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 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

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8BT BRSKR LFAADB FXD7A

