



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 10/09/18

Hora de entrada: 15 e 52

Identificação do Paciente

Nome: José Wellington Farias

Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc ( ) Fem ( ) Data de Nascimento: 51 anos

RG: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Tel. contato: 96814526

Endereço: R. 70 Vº 56 Socorro

I - AVALIAÇÃO POR TRIAGEM - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

1. QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO :

UPA DR. NESTOR  
CONFERE COM O ORIGINA

DATA 05/10/18

Natal

ASSINATURA

2. ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim, Qual? \_\_\_\_\_

3. MEDICAÇÕES EM USO: \_\_\_\_\_

4. ATECEDENTES CLÍNICOS: ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) HAS ( ) Gestante ( ) OUTROS QUAL? \_\_\_\_\_

5. DADOS VITAIS: P.A. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ GL \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ F. C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_

6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) VERMELHO

II - HISTÓRIA CLÍNICA - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL MÉDICO

Paciente jovem de quatro de motociclo em 11/09/18  
Foi atingido pelo motorista motorista da caminhonete Peugeot  
que estava fazendo desvio ao quodrat. Ele estava  
com os pés expostos e sua face era cravada.

No exame medicamentos vacinados contra o bala mentona  
não dormiu

EXAME FÍSICO

ABC - NDA

D. abd. 1

P. abd. 10 cm x 10 cm de altura - parede dura

20 cm x 10 cm em fundo escuro

30 cm x 10 cm fundo escuro e palpável?

Hab

Dr. Marcus Gonçalves  
Cirurgião Geral  
CRM SE 5210

## CONDUTA / PRESCRIÇÃO :

Dipromo - Tg. Ia  
 Profund. 10 mm, 10m  
 Pts de Cervix Geral  
 Prostáticas da uterina (todas na grandeza)

HORARIO

RUBRICA  
ENFERMAGEM

*Marcus Gonçalves*  
 Dr. Marcus Gonçalves  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

NEA

## EXAMES SOLICITADOS / OUTROS PROCEDIMENTOS

Exs torax AP e gástrico em 20

A R de hox por invasão linfática e fratura de  
 coluna

*Dr. Marcus Gonçalves*  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

*Fratura do Rio*

## DESTINO DO PACIENTE :

- ENCAMINHAMENTO:  
 TRANSFERÊNCIA:  
 ÓBITO

- INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
 EVASÃO:  
 ALTA COM ORIENTAÇÃO

HORA : \_\_\_\_\_



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**HOSPITAL Dr. NESTOR PIVA**

**RELATÓRIO MÉDICO**

José Wellington Teixeira dos atendidos  
na sala de pronto atendimento em 10.09.18,  
após exame de orelharia do paciente.  
Após raio x e procedimento médico  
foi liberado conforme abaixo  
em seu pronto atendimento

Cel 707

03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Cirurgia Geral  
CRM 2203

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Coord. dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões - REUE

## RELATÓRIO 01487 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1809100643 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 14h53min do dia 10 de Setembro de 2018, para atendimento de vítima identificada como **José Wellington Feitoza**, com relato de **queda de moto**, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, seguido de remoção para **Unidade de Pronto Atendimento Nestor Piva** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 22 de Outubro de 2018



Dr. André Lézir Bastos Pinho Neto  
Gerência da Regulação Médica  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 007.542.537



## DADOS DO CLIENTE

JOSE WELLINGTON FEITOSA  
RUA JOAO FERREIRA LIMA 214  
ARACAJU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/32701-5

REFERÊNCIA  
**OUT/2018**

APRESENTAÇÃO  
**11/10/2018**

CONSUMO  
**274**

VENCIMENTO  
**28/10/2018**

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 236,77**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JOSE WELLINGTON FEITOSA

Roteiro: 06-001-700-5880

83640000002-9 36770148000-9 00327012018-5 10400001019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/10/2018	R\$ 236,77	32701-2018- 10-4



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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

422.502.425.34

José Wellington Faria

Feitosa

CPF:

422.502.415.34

Número:

214

Complemento:

Escola

CEP:

49092530

Tel.(DDD):

(49)9606-3112/44891177

Nome completo:

José Wellington Faria

Profissão:

Recuso

Endereço:

Rua José Ferreira Lima

Bairro:

Olaria

Cidade:

Juiz de Fora

Estado:

Se

E-mail:

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDA MENSAL:**
 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA LINHA DE LINHA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2448

CONTA: 46880

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

 Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o risco, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	422.502.425.34	José Wellington Feitosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 645/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Endereço:	
Bairro:	Cidade:	
E-mail:		
		Estado: Se CEP: 49092530 Tel. (DDD): (71)9606-3112/49891177

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDIMENTO MENSAL:**

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 SEM RENDA  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-se uma opção)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2448 CONTAS: 00016880 0

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTAS: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

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

**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) por os fins de requerimento de indenizações do Seguro DPVAT por invalidez permanente, nisso veja que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

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

Pelo motivo acostalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em meus autos, feita à avaliação médica da Seguradora Lider por eventuais danos temporários e desentendes de acidente de trânsito, conforme los 6.194/14, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rejeição ao direito de contestação, caso descoberta de seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vitima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou comp.º(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vitima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar acreditando certo, ainda, de que qualquer pessoa ou destinatário não verdadeiro poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Jacópolis/SE 21 novembro 2018

(\* Assinatura de quem assina A RGDO)

x José Wellington Feitosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017530/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/10/2018 09:20 Data/Hora Fim: 09/10/2018 09:47  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito.

Data/Hora do Fato: 10/09/2018 14:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Ladeirão: Avenida Pedro Calazans

CEP: 49 010-490

Ponto de Referência: CRUZAMENTO CIMA DA HAMETA / A MENDONÇA

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Móvel(s) Empregado(s)
1222 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 363 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE WELLINGTON FEITOZA (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Masculino	Nasc: 02/06/1967
Profissão: Encarregado de Obras		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Lute		Nome do Pai: José Feitoza da Silva	
Documento(s)			
RG - Carteira de Identidade: 897 399			
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 422.602.425-34			
Endereço			
Município: Aracaju - SE			
Ladeirão: R João Lima	Nº: 214		
Bairro: VENFZA 1		CEP: 49.092-630	
Telefone: (79) 99997-6705 (Celular)			

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INSTRATOR )
Nacionalidade: Brasileira

Endereço	
Município: Aracaju - SE	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: QKR3571	Número do Chassi: 42542
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: Vermelha
UF: Veículo: Sergipe	Município Veículo: Aracaju
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX	Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX
Veículo Adulterado? Não	Quarentena: 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto  
Impresso por: Fabiano Viana Bernardo  
Data de Impressão: 09/10/2018 09:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017530/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	
José Wellington Feitoza	Envolvidos Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima/comunicante que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi 0C2KC1660FR042542, licenciada em nome de EDILEIDE DOS SANTOS, pelo local, dia e horário acima citados, sentido Norte/Sul, quando chegou no cruzamento com a Rua Mamede Paes Mendonça outra motocicleta que a vítima não sabe informar a placa avançou o sinal vermelho e causou o acidente, que as motocicletas não chegaram a se chocarem, pois a vítima freou a sua e perdeu o controle; Que na queda a vítima sofreu fratura no braço esquerdo e escoriações pelo corpo; Que a vítima foi atendida pelo SAMU e levada para a UPA NESTOR PIVA, onde foi atendido e liberado, Que a motocicleta sofreu danos na frente e que os reais danos serão conferidos em orçamentos.

Por fim, nesse ato manifesta o desinteresse de representar criminalmente contra o autor dos fatos.

## ASSINATURAS

Roberval Rodrigues Bernardino  
Responsável pelo Atendimento

*Roberval Rodrigues Bernardino*  
Agente de Polícia  
Matrícula: 549.411 SSP/SE

  
José Wellington Feitoza  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou titular desse boletim de ocorrência, que meus afirmando acima acertados e corretos, podendo responder com o cumprimento da presente declaração que o(s) acionado(s) constante(s) nele mencionado(s) é(ão) o(a) autor(es) do(s) fato(s) narrado(s) no(s) boletim de ocorrência nº 017530/2018, feito(a) em 09/10/2018, na Delegacia de Ocorrências, 1º Distrito Policial, Belo Horizonte - MG, no Brasil." (Assinatura)

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

422.502.425.34

José Wellington Faria

Feitosa

CPF:

422.502.415.34

Número:

214

Complemento:

Escola

Estado:

SE

CEP:

49092530

Tel.(DDD):

(49)9606-3112/44891177

Nome completo:

José Wellington Faria

Profissão:

Recuso

Endereço:

Rua José Ferreira Lima

Bairro:

Olaria

Cidade:

Rio de Janeiro

E-mail:

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDA MENSAL:**
 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR UMA LINHA DE LINHA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2448

CONTA: 46880

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que {assinalar uma das opções}:

 Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com o risco, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE Morte

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.521,45

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON FEITOZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02448

CONTA: 000000016880-0

---

Nr. da Autenticação 29263CCE5E9EBD3C

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE WELLINGTON FEITOZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02448

CONTA: 000000016880-0

---

Nr. da Autenticação 026460E233E121D3

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448124/18

Número do Sinistro: 3180583327

Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA

CPF: 422.502.425-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON  
FEITOZA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 24/09/2019  
Nome: JOSE WELLINGTON FEITOZA  
CPF: 422.502.425-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

---

JOSE WELLINGTON FEITOZA

---

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448124/18

**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA

**CPF:** 422.502.425-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/09/2018

**Titular do CPF:** JOSE WELLINGTON  
FEITOZA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE WELLINGTON FEITOZA : 422.502.425-34**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018  
Nome: JOSE WELLINGTON FEITOZA  
CPF: 422.502.425-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

JOSE WELLINGTON FEITOZA

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0448124/18

Número do Sinistro: 3180583327

Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA

CPF: 422.502.425-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON  
FEITOZA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/02/2019

Nome: JOSE WELLINGTON FEITOZA

CPF: 422.502.425-34

Data do cadastramento: 27/02/2019

Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS

CPF: 044.100.755-43

JOSE WELLINGTON FEITOZA

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583327      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/12/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583327      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*\* VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

@1SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583327      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMEDIA E DO COLO À ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANOS LEVES DO MSE.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artêmio Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bispo de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 4224)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2481)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lélio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia /Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 3191)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marlucio Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Masayuki Ishii  
(CRM 2776)  
Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna Clínica e Dor

Dr. Márcio Moura Rocha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Masayuki Ishii  
(CRM 1276)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Video Artrosopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2430)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Columna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)  
Ortopedia Geral /Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Mauricio Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho / Video Artrosopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



# Relatório Médico

José Wellington Feitosa

1

2

3

4

Idade : 52 anos

Data do acidente: 10/09/2018.

Diagnóstico:

Fratura fechada do extremitade distal do rádio E CID S52.5.

5 Tratamento: Tratamento conservador o paciente apresentou dor e inchaço cessado por 30 dias. Observação: observando a radiografia fezida pelo paciente, nota-se que há também pseudo-artrose do cotovelo de CID S62.0. Nota-se de fratura antiga não consolidação, que o paciente não sabe informar onde está. O acidente informa que agora está

Av. Gonçalo Prado Rollenberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418

CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE

[www.prontoclinicaortopedica.com.br](http://www.prontoclinicaortopedica.com.br) | [prontoclinicaortopedica@gmail.com](mailto:prontoclinicaortopedica@gmail.com)

Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artêmio Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bispo de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopédicas Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 4224)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia  
do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2481)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Lélio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia / Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 3191)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Manoel Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Masayuki Ishi  
(CRM 2726)  
Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna  
Clínica e Dor

Dr. Márcio Moura Rocha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo  
e Pé

Dr. Masayuki Ishi  
(CRM 1276)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Vídeo  
Artroscopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2458)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)  
Ortopedia Geral /Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Mello  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho/ Vídeo Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



PRONTOCLÍNICA  
ORTOPÉDICA

Consciente da foto, não  
não tem interesse de ope-  
rar o lesão, porque trabalhava s/dos  
res.

6 Segue os após alto:

- (a) Limitações da pronor supinação da  
mão e
- (b) Limitação de flexão extensão.
- (c) Edema residual.

Aracaju, 21/9/2019  
Mud

Jr. Masayuki Ishi  
CRM 1276  
CPF: 453.890.478-34

E



Zoom:69.50

JOSE WELLINTON FEITOSA

Data:02/08/2019

ID: 1175844

DN:06/02/1967 M

Tecnico:Sergio

HOSPITAL SAO JOSE



HOSPITAL SÃO JOSÉ  
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido, que o (a) Sr (a)

*Esi Gelling-*  
*JN Jau*, *89 769-667/56*

(Ident. ou registro)

foi atendido(a)

*Centro cirúrgico*

(clínica ou serviço)

do

*Hosp. São José*

no dia 01/03/19, às 09 horas, necessitando de 60 (sessenta)  
(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID M125

Assinatura do paciente ou responsável

*D. Gelling, 01/03/19*  
Local e data

*Dheyzaun S. Dannemann*  
Assinatura do Médico/Odontólogo

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no artigo 27 da CLPS, aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM-1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

1000000000

HOSPITAL SAO JOSE  
ADMINISTRACAO DOS PACIENTES

**!Data: 01/08/2019  
!Hora: 06:22  
!Pagina: 01**

**\*\*PACIENTE\*\***

PRONT...:	139485	ATEND...:	1175844
DATA....:	01/08/2019	HORA....:	06:18
PACIENTE:	JOSE WELLINGTON FEITOSA		
RSP.INT.:	MIRIAN DE SANTANA		
RG.....:	897699 SSP/SE	CPF....:	42250242534
SEXO....:	Masculino	E.CIVIL.:	SOLTEIRO
N.CAD...:	1059386		
NASC....:	02/06/1967	IDADE...:	52
FILIACAO:	JOSE FEITOZA DA SILVA MARIA DE LOURDES LEITE		
NATURAL:	ARACAJU/SE	NACIONAL:	Brasileiro(a)
PROF...:	PEDREIRO		
ENDERECO:	RUA JOÃO FERREIRA LIMA	, 214	
BAIRRO:	Olaria		
CIDADE:	Aracaju	UF:	Sergipe
FONE...:	79-99997-6766		

## \*\* INTERNACAO \*\*

CONVENIO: AIH-SUS  
Cod. SIH-SUS706905129919632  
CHILA (C/N)

GUIA(S/N) : CLINICA: Cirurgica -  
MEDICO.: ALEX FRANCO DE CARVALHO  
LEITO...: ALA A/ENF D LEITO D2  
CID.: M125-Artropatia traumática

**\*\*RESPONSAVEL\*\***

NOME.....: JOSE WELLINGTON FEITOSA  
PARENTESCO.: o mesmo  
EST.CIV.: SOLTEIRO  
NATURAL.: ARACAJU/SE  
NACIONAL.: Brasileiro(a)  
CPF.....: 42250242534  
PROF....: PEDREIRO

RG.....: 897699 SSP/SE

**\*\*PERMANENCIA SUS\*\***

MAX.PERM: 0

MIN. PERM: 0

Av. Joao Ribeiro, 846 Santo Antonio Aracaju - SE Centro, apto  
tel. : 2105-1000

四  
C; @

9997.67.66

988/2.38.54

Votor R\$ 2,10

Total 25 phos.

!@CA!

Hospital Sao Jose  
TERMO DE RESPONSABILIDADE!Data: 01/08/2019!  
!Hora: 06:21!  
!Pagina: 01!

Paciente: JOSE WELLINGTON FEITOSA  
 End: RUA JOÃO FERREIRA LIMA  
 Natural: ARACAJU/SE  
 Profissao: PEDREIRO  
 Responsavel: JOSE WELLINGTON FEITOSA  
 RG Resp.: 897699  
 Parentesco: o mesmo  
 End.Resp. RUA JOÃO FERREIRA LIMA  
 Leito: LEITO D2  
 Medico: ALEX FRANCO DE CARVALHO  
 Convenio: AIH-SUS  
 Validade:

Tel: 79-99997-6766  
 Est.Civil: SOLTEIRO  
 Nasc.: 02/06/1967

CPF Resp. 42250242534  
 Tel Resp. 79-99997-6766

Matricula: 706905129919632  
 GUIa

## Termo de Responsabilidade

O acima qualificado, responsavel pelo presente instrumento, assume e declara reconhecer, como livre expressao de sua vontade as clausulas e condicões abaixo descritas:- Ser direta e solidariamente responsavel pelo paciente por toda e qualquer despesa ou obrigacao de qualquer natureza em decorrencia do internamento realizado neste Hospital (art. 904, e §§. DoCodigo Civil);

- Que a sobredita responsabilidade perdurara por todo o periodo de internacao e ate a alta medica, sendo de carater irrenunciavel e irretratavel;
- Que a sobredita responsabilidade subsiste, ainda que exista convenio e/ou cobertura por plano de saude, - em relacao aos aspectos não amparados, desde que comprovado o seu uso (por exemplo, diarias com acompanhantes, ar-condicionado, material consignado - orteses, proteses ou sinteses - anestesistas e instrumentadores);
- Que os medicos responsaveis pelo tratamento e internacao sao de livre escolha do paciente ou seu responsavel, nao havendo vinculacao entre os honorarios medicos e a conta de servicos hospitalares;
- Estar ciente de que o ato medico e de competencia e responsabilidade restrita ao profissional medico, nao havendo interferencia/responsabilidade nessa conduta por parte da Direcao do Hospital;
- Ter ciencia do Regulamento Interno do Hospital, obrigando-se a cumpri-lo estritamente;
- Que o Hospital Sao Jose nao possui qualquer responsabilidade por valores, objetos, ou quaisquer pertences, seja do paciente, seja do responsavel, ou de visitantes e acompanhantes deixados em suas dependencias;
- Ser inviabilizada a alteracao de internacao para o Sistema Unico de Saude (SUS) no curso da mesma, ou entre convenios e/ou planos de saude que acarretem prejuizo ao Hospital;
- Ser de logo autorizada a emissao de Nota Fiscal correspondente a prestacao do servico hospitalar, apos a aprovação das despesas;
- Que, em havendo recusa na aprovação, sendo a despesa determinada pelo medico assistente do paciente, estara liberado o Hospital a proceder a emissao da Nota Fiscal correspondente;
- Que a Nota Fiscal emitida, de acordo com quaisquer das circunstancias acima, e reconhecida como liquida, certa e exigivel, constituindo-se como titulo executivo extrajudicial;
- Que caso a permanencia do paciente no Hospital Sao Jose, em Convenio Particular, se protraia no tempo, as despesas parciais oriundas da prestacao dos servicos hospitalares serao apresentadas a cada 02 (dois) dias, e deverao ser quitadas imediatamente, ocasião em que, o Hospital Sao Jose apresentara a conta parcial dos serviços prestados ate aquele momento, no qual estarao especificados o valor parcial dos servicos prestados, o vencimento e os encargos financeiros em caso de inadimplencia;
- Que o nao pagamento da conta hospitalar ou parcial, sendo Convenio Particular, apos tres dias do seu vencimento, implicara na incidencia de multa de 2% (dois por cento) acrescida de correcao monetaria, de acordo com o INPC ou outro indice que o substitua, alem de honorarios advocaticios

- e despesas efetuadas para a cobrança;
- Que a conta hospitalar faz parte integrante do presente Termo como se nele estivesse transcrito;
  - Podera o Hospital Sao Jose, para a cobrança do seu credito, ainda que parcial, fazer inscrever o nome do RESPONSAVEL em bancos de dados cadastrais, ou valer-se de firma especializada, sendo que neste caso o RESPONSAVEL inadimplente respondera, também, por honorarios a esta devidos;
  - Atuar como fiel depositario (art. 1265 e SS., doCodigo Civil), por todo o periodo de internação, dos objetos que guarnecem o apartamento, constantes de relacao anexa, integrante da presente, segundo valor ali indicado, sob as penas da lei (art. 1287, do Código Civil);
  - Estar ciente de que, na qualidade de responsavel pelo paciente, devera comunicar, por escrito a Direcao do Hospital, qualquer queixa/reclamacao, oriunda de insatisfacao pela prestacao da assistencia, sendo facultado, a "alta a pedido" ou "transferencia para outra instituicao", mediante autorizacao previa do medico assistente e assinatura de Termo de Responsabilidade;
  - A diaria hospitalar encerrar-se as 12:00 horas de cada dia. Apos este horario sera cobrada nova diaria, automaticamente;
  - Fica eleito o foro da Comarca de Aracaju, Estado de Sergipe, para dirimir todas e quaisquer duvidas oriundas do presente instrumento de prestacao de servicos, que por ventura venham a ser suscitadas;
  - E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento particular, em duas vias de igual teor e forma, na presenca de duas testemunhas , para que produza seus efeitos juridicos e legais.
- Para tanto, firma-se o presente:

PACIENTE.....: Sao Jose Velli G. Esteves RESPONSAVEL.: \_\_\_\_\_  
TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ !  
TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ !  
-----!  
-----!  
-----!  
-----!  
-----!  
-----!  
-----!  
-----!

! C; @





Hospital São José  
Avenida João Ribeiro, 846 - Santo Antônio  
Telefax: 2105-1000 - Cep: 49065000

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: José Wellington  
Gasoterapia Felipe  
Oxigênio Bombeiro

Atend: 1175844 Leito: D:

Data: 01/18/19

## Registro de Sinais Vitais

Registro de Sinais Vitais					
Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
18:00	36.400			120x80	
24:00	36.6			120x70	Flávia M
06:00	36.6			130x80	
Hora					

## Registro de Enfermagem

Registro de Enfermagem

8:10 Pente colmunitado no paciente CIRURGICO  
Pto do S. J. para subir - Cirurgião: Dr. Alex  
ter-se e bacta reto Dr. Henrique  
cirurgico Dr. Artho polis Dr. Antônio  
truncatello com ondas Júnior  
teria gerof + Blasqueiro Dr. Keilly  
Braguier feito pened Blasqueiro Braguier  
varizes é glaucoma 20 8-18  
monitorização x

8:20 Início de Anestesia Blasqueiro

8:30 Início de Anestesia Gato tubo nº 7.0.

8:50 Início de cirurgia feito P = 83

9:30 SPb = 99%, PA = 120 x 70, foi administrado  
pente em horas operatórias res. interior  
revisão operárias P = 85, SPb = 88%, PA 110 x 68.

8:30 Comprido inicio do procedimento. ~

10:15 Foi usado o intensificador de emergência; operado  
P = 88, SPb = 86%, PA = 111 x 70. ~ x

11:30 Termino do procedimento res. interior.  
11:00 Termino da cirurgia pente foi extubado  
terminou operamento, onde foram feitos sole  
efeitos anestésicos em uso de ranitopropis,  
oncos de risco) cefalos (2), levatins limpa,

Vire



HOSPITAL  
SÃO JOSÉ

*F. microsiga* (L.) Griseb.

Hospital São José

Avenida João Ribeiro, 846 - Santo Antônio

Telefax: 2105-1000 - Cep: 49065000

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: for 1 (1) ellington Atend: 4175844 Leito: 02 Data: 01/08/19

Gasoterapia Fisiología

Atend: 9175844 Leito: 02

Data: 01/08/19

Gasoterapia Fisiología

## Equipamentos

## Oxigênio

Bomba Sora

## **94. Bomba Dieta**

## Oxímetro

## Registro de Sinais Vitais

Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
:					
:					
:					
:					

## Registro de Enfermagem

Município de São Bernardo do Campo - SP  
Cidade: São Bernardo do Campo  
UF: São Paulo  
CEP: 09710-000  
Data: 10/05/2024

09:10 Furti de pescadores no Rio Grande do Sul  
: ameaçados, militares eleitos em 1986 e de  
: 2006, suspeitos de serem responsáveis  
: pelos desaparecimentos de  
: César Zanin.

26:00 Odontopedi medicos de hoy  
27:00 Farmacia prescriben medicos con  
28:00 Atencion Albergue <sup>Albergue de Juntas</sup>  
29:00 Oficina de Electo pl snb. CONSEJO DE FAMILIAS



**Hospital São José**  
Avenida João Ribeiro, 846 - Santo Antônio  
Telefax: 2105-1000 - Cep: 49065000

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: JOSE WELLINGTON Atend: Leito: D2 Data: 02/08/19

## Registro de Sinais Vitais

Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
:					
:					
:					
:					

## Registro de Enfermagem

07:00	Permitir escondido em seu leito, velhos conservando seus lençóis, ver bônus quando deixam o leito, expressar desejáveis, em vez de ÁLV em MSD que sera 12 D.P.O de sangue estipular em seu alimento e relatar nos momentos, se compreende se permeter.
07:30	Auxiliar o desjejum
08:00	Administrando medicina e <del>água</del> + AD 20ml GL.
10:00	Auxiliar o banho
10:30	Revisar rotina médica e altre
11:00	Realizar um encontro e retomar o turno, fer- veras 03 por 10 horas e bônus N° 70 + offere- cer 01 geléia extra = 01 xícara de leite per dia de 15ml + 02 xícaras de 15ml + 01 xícara de água + 15ml de soro para os bebês e 01 xícara de 15ml de leite para os outros
11:45	Realizar Rx e CD antes em prontidão
12:00	Auxiliar diálise filtrante
12:30	Sair de altre hospitais e famílias
	Gerônimo N. Cruz Aux. Enfermagem COREN-SE: 148378, <i>Jenniffer</i>



**HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CLÍNICA CIRÚRGICA**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**



NOME: <u>Jose Wellington Furtado</u> Idade: <u>52</u>		Prontuário:		Data: <u>01/10/2019</u>	
Diagnóstico: <u>DPO Atroposia traumática</u>		Dia de Internação:		Enfermaria: <u>Alo A</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		Sexo: <u>Masc.</u> ( ) Fem.		Leito: <u>D2</u>	
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/>	Local:	PA:	mmHg	P:	bpm
Cateter Central:	Local:	T: <u>  </u> °C	R: <u>  </u> mrpm	Peso: <u>  </u> Kg	SpO2: <u>  </u> %
Cateter Vesical:	Local:	SNG ( ) SOG ( )	SNE ( ) SOE ( )	GTT ( )	
HISTÓRIA PREGRESSA:		Glicemia capilar- mg/Dl			
QUEIXA PRINCIPAL:					
Alergias:					
Medicação em uso: <u>Prometacine</u>					
SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado ( ) Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Sedado ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage a estímulos			<input checked="" type="checkbox"/> SNG / SOG ( ) SNE / SOE ( ) GTT ( ) NPT <input checked="" type="checkbox"/> Êmese ( ) Diarreia ( ) Melena ( ) Constipação ( ) Colostomia <input checked="" type="checkbox"/> Ileostomia		
PUPILAS			Ruídos Hidroáreos: <input checked="" type="checkbox"/> SIM ( ) NÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Fotorreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Não reagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas			REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR		
REGULAÇÃO TÉRMICA			<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Hipertenso ( ) Hipotensão ( ) Choque <input checked="" type="checkbox"/> Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Rítmico ( ) Aritímico ( ) Filiforme ( ) Cheio		
Hipotérmico T - <u>  </u> °C Subfebril T - <u>  </u> °C Afebril T - <u>  </u> °C Febril T - <u>  </u> °C			<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão ( ) Hipertenso ( ) Hipotensão ( ) Choque <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Taquicárdico ( ) Bradicárdico		
OXIGENAÇÃO			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico <input checked="" type="checkbox"/> Dispneico      Oxigenoterapia: ( ) sim ( ) não ( ) Masc. Venturi ( ) Masc. Hudson ( ) Cateter Oxig.			<input checked="" type="checkbox"/> Plano <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input checked="" type="checkbox"/> Globoso ( ) Distendido ( ) Dor a palpação		
PELE			GENITÁLIA		
Cianótica ( )	Anictérica <input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Dermatite ( ) Processo Infeccioso ( ) Outros		
Acianótica <input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica ( )	Hipocorada ( )	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
ULCERA POR COMPRESSÃO ( ) SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			<input checked="" type="checkbox"/> Fralda ( ) SVA ( ) SVD <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input checked="" type="checkbox"/> Hematuria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria <input checked="" type="checkbox"/> Disúria ( ) Colúria ( ) Piúria		
GRAUS: ( ) I ( ) II ( ) III ( ) IV					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade relacionada à procedimento Cirúrgico evidenciado por agitação e preocupação. <input checked="" type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades. <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirúrgica Evidenciada por fáceis de dor/sofrimento. <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada relacionada a força Insuficiente para movimentar-se evidenciada por Cirurgia.					
<input checked="" type="checkbox"/> Retenção urinária relacionada à bloqueio no Esfíncter urinário evidenciado por presença de Globo vesical e dor <input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção relacionado à dispositivos invasivos evidenciado por sinais flogísticos. <input checked="" type="checkbox"/> Náusea relacionada à período pós operatório					
<b>PRESCRIÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Afirir e Registrar Sinais Vitais de 8/8 horas.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar o estado de consciência do paciente.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Estimular atividades recreativas/deambulação.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Manter cabeceira Elevada.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Verificar Saturação de O2. Hor. -</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar características da dor.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Administrar analgésicos conforme prescrição médica</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito. Hor. -</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar edemas.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Preparar material para cateterismo vesical.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Aplicar compressas mornas. Hor. -</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Aplicar compressas frias. Hor. -</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Observar sinais da pele se há rubor ou calor</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Verificar temperatura axilar. Hor. -</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Comunicar reflexos de náusea e êmese.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Registrar características da êmese</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada a 180°.</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar padrão respiratório.</li> </ul>					

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: José V. de Oliveira Fêmea  
 PROCEDÊNCIA: Reservado IDADE: 520 SEXO:  MASC  FEM.  
 MATRÍCULA: 1175844 CONVÊNIO: Sus  
 DATA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: 01/08/19 SETOR/LEITO: CC

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

Confirmar a solicitação: Reserva e Sangue: () SIM () NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga de UTI: () S () N  
 Preparo: () Jejum a partir: HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ () Punção venosa periférica  
 Retirado prótese e adorno: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóia () Grampos () Outros: \_\_\_\_\_  
 Alergia conhecida: () NÃO () SIM Qual (is): \_\_\_\_\_  
 Hábito de vida: Tabagista () NÃO () SIM, quanto tempo: \_\_\_\_\_ Etilista: () NÃO () SIM, tempo: \_\_\_\_\_  
 Passado cirúrgico: () NÃO () SIM, qual (is): \_\_\_\_\_  
 Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () OUTROS: \_\_\_\_\_  
 Faz uso de medicamentos: () NÃO () SIM, qual (is): \_\_\_\_\_

DISPOSITIVOS EM USO

() Cateter O<sub>2</sub> \_\_\_\_ l/min () Máscara O<sub>2</sub> - Fio \_\_\_\_ % () VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_ % () Marcapasso  
 () VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_ % () Cateter venoso periférico () Cateter venoso central  
 () Dissecção venosa () Sonda vesical () Sonda gástrica / enteral () Ostomia () Fralda descartável  
 () Tração elétrica \_\_\_\_ () Curativo cirúrgico () Curativo não cirúrgico () Dreno succão  
 () Próteses/implantes: () Ocular () Auditivo () Ortopédico () Cateter peritoneal  
 () Dreno penrose () Dreno Torácico

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

Horário: 07:15 hrs.

() Ansioso () Agitado () Coma () Consciente () Desorientado () Medo () Orientado () Sedado () Sonolento  
 Sinais vitais / FR: \_\_\_\_\_ rpm SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % Pulso: \_\_\_\_\_ bpm Pani: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg Temp: \_\_\_\_\_ °C

Dor? () NÃO () SIM, intensidade 0-10: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_

Paciente em sala de espera, aguardando início dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos  
Dayana da Silva Santos  
Assinatura: 07/08/19  
Enfermeira

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião: Dr. Alex  
 Instrumentador: Antônio  
 Anestesiologista: Dr. Kestut  
 Circulante: Simone

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: Anatomia  
 Horário (procedimento cirúrgico): : hrs e T: Intraoperatoria

Monitorização:

() ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva:

Técnicas anestésicas:

() Geral venosa () Geral inalatória () Geral combinada  
 () Peridural com cateter () Peridural sem cateter () Bloqueio  
 () Raquianestesia () Sedação () Local

Posição cirúrgica:

() Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E  
 () Outras:

Local da placa dispersiva:

Incisão cirúrgica (local): Frontal

Curativo (tipo e local): Simple

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ocorrências e intercorrências)

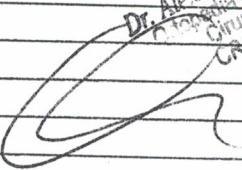
Horário de entrada na SO: : hrs

Horário de encaminhamento para SRPA: : hrs

Sem intercorrências.

Assinatura: Tec. Simone  
07/08/2019

# DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome: Dr. Henrique Faria		Data: 01/08/19																																																								
Peça para Biópsia		Convênio:																																																								
		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Artrite purulenta																																																								
EQUIPE MÉDICA		CIRURGIA PROPOSTA: Artroscopia de joelho																																																								
Cirurgião Dr. Alex Faria		DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Osteoartrite																																																								
Anestesiologista Dr. Cláudia		CIRURGIA REALIZADA: Artroscopia																																																								
1º Auxiliar: Dr. Henrique		ANESTESIA: Grauvião + Oxy.																																																								
2º Auxiliar																																																										
Instrumentador Márcia																																																										
<p><u>DESCRIÇÃO</u></p> <p>01 - Incisão 20x8 cm. purulenta</p> <p>02 - Exposição óssea do joelho cartilaginoso</p> <p>03 - Dissecção + proteção das fibras extensoras</p> <p>04 - Curação das superfícies articulares</p> <p>05 - Marcação</p> <p>06 - Mobilização da perna</p> <p>07 - Fixação da perna ao macró tipo 3º tipo</p> <p>08 - Cobertura de tecidos ósseos 09 - Fixação da 1ª ferida ao cabelo</p> <p>10 - Sutura</p> <p>11 - Hemostasia</p> <p>12 - Fechamento da ferida</p> <p>13 - Curativo + fuso</p> <p>OBS: ferida cortada na altura do Ptro 1º traço operatório</p> <p>Dr. Alex Faria de Carvalho Ortopedia e Traumatologia Cirurgião da Maia CAE MIESE 1841</p> 																																																										
<p><u>FIOS UTILIZADOS</u></p> <table border="0"> <tbody> <tr> <td>Catgut Crom</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Catgut Crom</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Catgut Crom</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Catgut Simpl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Catgut Simpl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Catgut Simpl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Monocryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Monocryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Monocryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Nylon</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Nylon</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Nylon</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Polycot</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Polycot</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Polycot</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Prolene</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Prolene</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Prolene</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Nylon</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Vicryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Vicryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Vicryl</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td>Otros</td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>( )und.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>( )und.</td> </tr> </tbody> </table>			Catgut Crom	( )und.	Catgut Crom	( )und.	Catgut Crom	( )und.	Catgut Simpl	( )und.	Catgut Simpl	( )und.	Catgut Simpl	( )und.	Monocryl	( )und.	Monocryl	( )und.	Monocryl	( )und.	Nylon	( )und.	Nylon	( )und.	Nylon	( )und.	Polycot	( )und.	Polycot	( )und.	Polycot	( )und.	Prolene	( )und.	Prolene	( )und.	Prolene	( )und.	Nylon	( )und.	Vicryl	( )und.	Vicryl	( )und.	Vicryl	( )und.	Otros	( )und.		( )und.		( )und.						
Catgut Crom	( )und.																																																									
Catgut Crom	( )und.																																																									
Catgut Crom	( )und.																																																									
Catgut Simpl	( )und.																																																									
Catgut Simpl	( )und.																																																									
Catgut Simpl	( )und.																																																									
Monocryl	( )und.																																																									
Monocryl	( )und.																																																									
Monocryl	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Polycot	( )und.																																																									
Polycot	( )und.																																																									
Polycot	( )und.																																																									
Prolene	( )und.																																																									
Prolene	( )und.																																																									
Prolene	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Nylon	( )und.																																																									
Vicryl	( )und.																																																									
Vicryl	( )und.																																																									
Vicryl	( )und.																																																									
Otros	( )und.																																																									
	( )und.																																																									
	( )und.																																																									





## HOSPITAL SÃO JOSÉ

Av. João Ribeiro, 846 - Santo Antônio  
 Telefone: 79 2105-1000 / FAX: 79 2105-1032  
 CEP 49065-000 - Aracaju / SE

## RELATÓRIO DE CONSUMO CIRÚRGICO

OK

PACIENTE		CONVÊNIO		DATA
Wellington Feitosa		Ses		01/08/18
Nº ATENDIMENTO	SO	CIRURGIAO / ANESTESISTA		CIRCULANTE
1175844	Scd: 01	Dr. Alex	Dra. Kelly	Tec. Simone
APARELHOS		QTD / HORA	MATERIAIS(continuação)	
Aspirador		- 30 min	Dreno Penrose N°	
Bisturi elétrico		- 2:00 h	Eletrodo Desc.adult (K)	05 /
Capnógrafo		- 2:30 h	Equipo Macrogotas c/ Injetor(K)	0 1 /
Carro de Anestesia		- 2:30 h	Equipo Macrogotas s/ Injetor	
Microscópio		- 2:30 h	Escova Povidet Pvpi (K)	24 + 01 p/dec.
Monitor Cardíaco		- 2:30 h	Esparadrapo 600 Cm (cm)	80 cm /
Oxímetro de Pulso		- 2:30 h	Eter 500 MI (ml)	
Vídeo <del>Fotofone</del>		-	Fio De Algodao _ Cag	
GASES		QTD / HORA	Fio Mononylon 3-0 Cag N°	03 /
Ar Comprimido		-	Fio Policryl _ CAg N°	
Oxigênio	2 lpm	- 2:30 h	Fio Policot _ CAg N°	
Protóxido		-	Fio Polene _ CAg N°	
Vácuo		- 30 min	Fio Vicryl 2-0 CAg N°	02 /
EXAMES		QTD / HORA	Fita Micropore	
Anátomo Patológico		-	Gaze 7,5 X 7,5 (K) cr10	10 /
Raio X		-	Gelfoan	
Eletrocardiograma		-	Humid Vent (K) <del>Adulto</del>	01 /
PROCEDIMENTOS		QTD / HORA	Lâmina de Bisturi N° 23 (K) 11	02' - 01'
Cateterismo Vesical		-	Luva Cirúrgica Estéril N° 7,0 (K)	04 /
Curativo Cirúrgico		-	Luva de Procedimento	
Punção de Subclávia		-	Scalp N° <del>brava</del> 8,0	03 /
Sondagem Nasogástrica		-	Seringa Desc. c/ Ag 1 ml (K)	
Tricotomia		-	Seringa Desc. c/ Ag 3 ml	02 /
MATERIAIS		QUANTIDADE	Seringa Desc. c/ Ag 5 ml (K)	04 /
Abaixador De Lingua		-	Seringa Desc. c/ Ag 10 ml (K)	09 /
Aguilha Descartável N° 40x12 (K) 30x8		04 + 03	Seringa Desc. c/ Ag 20 ml (K)	07 /
Ag. Desc.panest Peridural		-	Solução de PVPI Degermante	200 ml /
Ag. Desc.panest.raqui n°	(K)	-	Solução de PVPI Tintura	
Algodão Ortopédico	15cm	01	Solução de PVPI <del>Alcool</del> 200 ml /	
Atadura Crepon	15 cm	04	Sonda Endotraqueal c/ Cuff 7,0 (K)	01 /
Capote Descartável	<del>Cerco 15cm</del>	02 /	Sonda Endotraqueal s/ Cuff	
Cateter Duplo J 6 X 26 Unid		-	Sonda Nasogástrica N°	(K)
Cateter Gelco n°	20 (K)	01 "	Sonda de Aspiração N° 14 (K)	01 /
Cateter Poxigenio n°	(K)	-	Sonda de Folley 2 vias n°	
Cateter Poxigenio Tp Oculos (K)		01 /	Sonda de Folley 3 vias n°	
Catgut Cromado	c/ ag	-	Sonda Retral N°	
Catgut Simples	c/ ag	-	Sonda Uretral N°	
Clorexidina 0,2% Sol. Aquosa 100ml		01 frascos	Torneirinha (K)	
Coletor De Sistema Aberto		-	Transofix (K)	01 /
Coletor De Sistema Fechado (K)		-	Tubo Extensor P/oxygênio 2mts(K)	
Conexão C2vias (K)		01 /	Tubo P/aspiração E Drenagem 2mts(1	02 "
Dreno De <del>tex</del> N° <del>3.2</del> Successo 3.2		01 /	longo 6 qts	05 /
Algodão 15cm		02 /		



**HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
Av. João Ribeiro, 846 - Telefax (79) 2105-1000  
CEP 49065-000 - Aracaju - SE

## **FICHA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Cliente: José Wellington Feitosa	Registro: 1175844
Cirurgia: Autodese de punho (E)	Data: 01/08/19
Anestesia: DPB (E) + Geral venosa	Hr. Entrada:

## **ESCALA DE ALDRETE**

ESCALA DE ALDRETE						
TEMPO	CONSCIÊNCIA	MOTRICIDADE	COLORAÇÃO	RESPIR.	PRES. SIST.	TOTAL
30 Min.						
60 Min.						
90 Min.						

HORA

## **EVOLUÇÃO MÉDICA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## **HORÁRIO**

**Hora Alta:**  
**Destino:**

Ass. Do Anestesista: (+CRM)

**Keite Moura Lemos**  
**Anestesiologista**  
**CRM/SE 5649**

HOSPITAL SÃO JOSÉ  
CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

Paciente: José Wellington Ferjase  
Atendimento: 175844 Sexo: M Idade: 52 Leito: D Data Nasc.: 2 / 6 / 67  
Dataz: 11/12 Hora: 14:00 Unidade:  Modalidade:  Eletiva  Urgência  Emergência  
Diagnóstico Médico:   
Cirurgia Proposta: Anaplastia Tracheal  
Cirurgia Realizada:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO SOBRE O PACIENTE		S	N	NA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA CONFIRMAR ITENS DE VERIFICAÇÃO		S	N	NA	ANTES DO PACIENTE DEIXAR A SALA CIRÚRGICA VERBALMENTE COM A EQUIPE		S	N	NA
Identificação do paciente	X				Confirmar que todos os membros da equipe se presentem pelo nome e função	X				Nome do procedimento realizado	X			
Local do sítio cirúrgico	X				CONFIRMAR VERBALMENTE	X				A contagem de compressas, instrumentais cirúrgicos e agulhas estão completa	X			
Procedimento a ser realizado	X				Identificação do paciente	X				Identificação e acondicionamento correto de material a ser encaminhado para análise patológica	X			
Consentimento informado realizado	X				Local do sítio cirúrgico	<u>Próstata</u>				Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido Qual?	X			
Sítio demarcado do lado correto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			Lateralidade do procedimento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			O cirurgião, o anestesista e a equipe de enfermagem revisam pontos importantes para a recuperação e o manejo do paciente	X			
Diríeto	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Direito	X				Orientações dos cuidados comodrenos e sondas	X			
Checagem do equipamento anestésico	X				Procedimento a ser realizado	X				Assinatura e carimbo do Cirurgião e Auxiliares	X			
Monitorização adequada funcionando	X				ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS	X				Assinatura e carimbo do Cirurgião e Auxiliares	X			
O paciente tem alguma alergia?	X				Revisão do cirurgião	X				Assinatura e carimbo do Anestesista	X			
Qual:	X				Há passos críticos ou inesperados	X				Kelvin Mora Lemos				
Via aérea difícil/risco de broncoaspiração	X					X				Anestesiologista				
Há equipamento disponível?	X				Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min.	X				CRM/SE 1341				
Há risco de perda sanguínea >500ml (7 ml/kg em crianças)	X				Duração estimada	X								
Há acesso venoso e planejamento para reposição	X				Revisão do anestesista	X								
Checagem completa das medicações a serem utilizadas	X					X								
Jejun, se sim, hora de início	X					X								
Retiradas de próteses e adornos	X					X								

Legenda: S: Sim; N: Não; NA: Não se aplica; D: Direito; E: Esquerdo.

Obs.: Paciente apresenta obstrução  
distônica estreita - menor < 12,5,  
obstrução bucal presente.

Crurgião e auxiliares: Dr. Alex - Dr. Henrique  
Anestesista: Das - Geraldo

Téc./Aux. de enfermagem:  
Instrumentador: Silvana

Antônio

lateralidade:  ID  IE  NA Vaga de UTI:  IS  IN

Antibiotico Profilático:  h Repetição:  h

Arátono patológico:  IS  IN

Sim: Identificado (nome/ qtde de peças)  IS  IN

Se Sim: Identificado (nome/ qtde de peças)  IS  IN

Antônio

Silvana

Henrique

Dr. Alex

Geraldo

Das

Silvana

Antônio

Henrique

<

11:10 Paciente admitido na SRRP acordado afibril, respira respondendo suas solicitações mentais ainda sob efeito de anestesia em uso de serotonapix + curatína MSG d entubamento de traqueia + dreno de succos. SS RR PP 540 + 80 mmHg P 73 bpm SpO<sub>2</sub> 97%. Paciente segue com observação da enfermagem e prontoatório completo de exames orais e receta de tramal + peridol R x -

11:15 Paciente apresentando retardo eminente. Peso gordo grande. Sintoma de calibre conforme prescrição. Transito intestinal de diverso e traumático. Fila portadora de hiperplasia prostática. Fim de ciclo terapêutico assistencial.

14-02 Prot. recibe placa de SRPS, retirado CORENSE 515733-Entrevista  
primero conduzido a enfermería

EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
OXÍMETRO DE PULSO	11:10	
MONITOR CARDÍACO		

GASES	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
O <sub>2</sub> IGÉNIO			

Ass. Enfermagem: Araújo

Adileide  
Téc. de Enfermagem  
FORENSE 719.335

MEDICAMENTOS	QTD / HORA	MEDICAMENTOS (continuação)	QTD / HORA
Afrin Nasal Adul 200 Gotas		Metoclopramida Amp 10mg/2 MI (K)	
Agua Destilada 10 MI Ampola (K)	0.4 /	Metronidazol	
Aminofilina 0.24mg 10ml Ampola		Midazolam 5 Mg Ampola (K)	
Ampicilina 1g Injetavel		Monocordil Inj. 10mg (K)	
Antak 50 Mg Injetavel (K)		Narcan Ampola	
Bicarbonato De Sodio 8.4% Ampola (K)		Nausedron 4 Mg / 2ml Ampola (K)	
Brometo Rocuronio 10mg/ml 5ml (K)		Nimbium 5mg/ml Ampola (K)	
Bupivacaina 0.5% Cvaso 20ml (K)		Novalgina	
Bupivacaina 0.5% Svaso 20ml (K)		Pancuron Ampola	
Bupivacaina Pesada 0.5% Ampola (K)		Profenid IM	
Buscopan Composto 5ml Inj		Profenid IV	
Cedilanide 0,2 Mg/ml Ampola		Propofol 1% 10mg/ml Amp 20ml (K)	0.4 /
Cefazolina 1g F/a (kefazol) (K)	0.2 /	Prostiguimine 0.5 Mg/ml Ampola (K)	0.4 /
Cetamina 50mg/ml 2ml (K)		Quelicin/Succinil Colin 100 Mg	0.1 /
Cetoprofeno 100mg Iv Ampol (K)		Quelicin/Succinil Colin 500 Mg	
Clonidin 150mg /1ml (K)	0.1 /	Revivan/Cloridrato De Dopamina	
Cloridrato de Dopamina 10ml Amp(K)		Ringer c/ Lactato 500ml (K)	(0.4 /
Clorafenicol Colirio 200 Gotas		Solu Cortef 100 Mg Ampol 2 MI (K)	
Cloreto De Potassio 19.1% 10ml		Solu Cortef 500 Mg Ampola (K)	
Cloreto De Sódio 20% Ampola		Solução de Manitol	
Colírio Anestésico		Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	
Decadron 2 Mg 1 MI		Soro Fisiológico 0,9% 100ml	0.2 /
Decadron 4 Mg 2,5 MI (K)	0.1 /	Soro Fisiológico 0,9% 2000ml	
Diazepam 10 Mg / 2ml Ampola (K)		Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
Difenidrin 50mg/ 1ml Ampola (K)		Soro Fisiológico 0,9% 500ml (K)	
Dimorf 0.2 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glico-Fisiológico 500ml	
Dimorf 1 Mg / MI Ampola 2ml (K)		Soro Glicosado 5% 100 ml	
Dimorf 10 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glicosado 5% 250 ml	
Dipirona 2ml Ampola (K)	0.3 /	Soro Glicosado 5% 500 ml(K)	
Diprivan 200 Mg Ampola		Succinil Colin 100 Mg Ampol (K)	
Dolantina 100 Mg Ampola		Sulfato De Atropina 0.25mg Amp (K)	0.6 /
Dormomid 15 Mg Ampola	0.1 /	Sulfentanila 50mcg/ml 5ml (K)	
Dormomid 5 Mg Ampola		Tiopental Sodico 1gr Ampola	
Efortil 10 Mg Ampol (K)		Tramal 100 Mg Ampola (K)	
Efrinalin 1mg/ml ( Adrenalina) (K)		Tramal 50 Mg Ampola (K)	
Etomidato 2 Mg / MI Ampola (K)		Transamin	
Fenergan Inj Ampol		Ultiva 2 Mg. Inj. Fa (K)	
Fenitoina 5% Ampola 5 MI (K)	0.1	Xyletesin 1% C/ Adrenalina	0.2 /
Fentanil Ampola 2 MI (K)		Xyletesin 1% S/ Adrenalina	0.1 /
Fentanila Amp 5ml (K)		Xyletesin 10% Spray	
Furosemida 2 MI 10 Mg/ml		Xyletesin 2% S/vaso Frasc 20ml (K)	0.1 /
Gentamicina		Xyletesin 2% C/vaso Frasc 20ml (K)	
Glicose 25% 10ml Ampol (K)		Xyletesin 2% S/vaso Ampola 5ml (K)	
Glicose 50% 10ml Ampola (K)		Xyletesin Geléia	
Gluconato De Calcio 10% Ampola (K)		Nitrogênio 2.00 lts	
Halotano 100 MI		lis 0.1 /	
Heparina 5000 Ui 5ml (K)		Esquifo glomérula 0.1 /	
Hidrocortizona		Malha tubular 0.2 50 l	
Hipoglos 45 Gramas		Fixa de Esmola 0.1 /	
Isoforine 100 MI		ASSINATURA E CARIMBO CASO EXISTA HEMOTERAPIA OU OPME	
Keflin 1 Gr Injetavel		Presença de RX e intensificações de inflamação	
Ketalar Ampola 10ml (ml) Kitoxim 0.1 /			
Lasix Injetavel (K)			
Megapen 10 milhões			
Megapen 1milhão			
Megapen 5 milhões			

caut.

- 21) Citamina 25mg (N)
- 22) Propofol em Bic (IV)
- 23) Dipirona 3gr (IV)
- 24) Cetoperfeno 100mg (N)
- 25) Atropina 1mg (IV)
- 26) Neostigmina 2mg (IV)
- 27) AVAS + GOT

)

A SRPA

*KM*  
Keite Moura Lemos  
Anestesiologista  
CRM/SE 5649

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão na Sala de recuperação pós anestésica - SRPA)**

**DISPOSITIVOS EM USO**

- ( Cateter O<sup>2</sup> \_\_\_\_ l/min ( Máscara O<sup>2</sup> - Fio \_\_\_\_ % ( VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_\_ % ( Marcapasso  
 ( VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_\_ % ( Cateter venoso periférico \_\_\_\_\_ ( Cateter venoso central  
 ( Dissecção venosa ( Sonda vesical ( Sonda gástrica / enteral ( Ostomia ( Fralda descartável  
 ( Tração elétrica \_\_\_\_ ( Curativo cirúrgico ( Curativo não cirúrgico ( Dreno sucção \_\_\_\_\_  
 ( Próteses/implantes: ( Ocular \_\_\_\_\_ ( Auditivo \_\_\_\_\_ ( Ortopédico ( Cateter peritoneal  
 ( Dreno penrose ( Dreno Torácico

Tempo	Horário	Sinais Vitais							
0	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	97	%	Pulso	73	bpm PANI 140/80 mmhg Temp ____ °C
30	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	_____ %	Pulso	_____ bpm	PANI _____ / _____ mmhg	Temp ____ °C
60	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	_____ %	Pulso	_____ bpm	PANI _____ / _____ mmhg	Temp ____ °C
90	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	_____ %	Pulso	_____ bpm	PANI _____ / _____ mmhg	Temp ____ °C
120	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	_____ %	Pulso	_____ bpm	PANI _____ / _____ mmhg	Temp ____ °C
180	____ : ____ hr	FR	_____ rpm	SpO <sup>2</sup>	_____ %	Pulso	_____ bpm	PANI _____ / _____ mmhg	Temp ____ °C

**REGISTRO DE ENFERMAGEM ( Estado clínico do paciente na admissão da SRPA )**

Horário: 11:10 hrs.

Dor? ( NÃO) ( SIM, intensidade 0-10: \_\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_

*Paciente na SRPA acordado, apesar, expressão segue em observação da enfermagem.*

Assinatura: \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE ENFERMAGEM ( Estado clínico do paciente na alta da SRPA )**

Horário: \_\_\_\_\_ hrs.

Assinatura: \_\_\_\_\_

**MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK**

IAK - paciente adulto ( valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120	180	Observação
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	2							
	Capaz de mover os 02 membros	1							
	Incapaz de mover os membros	0							
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2							
	Dispnéia ou limitação de respiração	1							
	Apnéia	0							
Circulação	PA mais ou menos 20% do nível pré anestésico	2							
	PA mais ou menos 25% - 50% do nível pré anestésico	1							
	PA mais ou menos 50% do nível pré anestésico	0							
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	2							
	Desperta se solicitado	1							
	Não responde	0							
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2							
	Maior que 90% respirando com oxigênio suplementar	1							
	Menor que 90% respirando com oxigênio suplementar	0							
IAK	TOTAL								

HORÁRIO DE ALA - SRPA \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hrs Unidade de destino: ( UTI ( Internamento/Leito: \_\_\_\_\_

Assinatura: Anestesiologista/CRM: \_\_\_\_\_ Enfermeiro(a)/COREN: \_\_\_\_\_

NOTA: ESCALA DE DOR: ( 0-2 LEVE, 3-7 MODERADO, 8-10 INTENSA)



**HOSPITAL SÃO JOSÉ**  
**COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**SAE – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CLÍNICA CIRÚRGICA**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**



Evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea.	( ) Observar cianose de extremidades. ( ) Realizar encaminhamentos necessários.
( ) Padrão respiratório ineficaz relacionada à Ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e Saturação alterada.	( ) Realizar orientações necessárias. ( ) Realizar Banho. Hor. - ( ) Realizar Higiene oral Hor. -
( ) Déficit no auto cuidado, banho e higiene, Relacionado à fraqueza, dor e fadiga evidenciado Por incapacidade de fazer a própria higiene.	

## Escala de Braden

LEGENDA: < 11 Risco elevado | 12 a 14 Risco médio | > 14 Risco baixo | Total

PERCEPÇÃO SENSORIAL	1.TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3.LEVEMENTE LIMITADO	4.NENHUMA LIMITAÇÃO
UMIDADE	1.COMPLETAMENTE MOLHADA	2.MUITO MOLHADA	3.OCASIONALMENTE MOLHADA	4.RARAMENTE MOLHADA
ATIVIDADE	1.ACAMADO	2.CONFINADO À CADEIRA	3.ANDA OCASIONALMENTE	4.ANDA FREQUENTEMENTE
MOBILIDADE	1.TOTALMENTE IMÓVEL	2.BASTANTE LIMITADO	3.LEVEMENTE LIMITADO	4.NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES
NUTRIÇÃO	1.MUITO POBRE	2.PROVAVELMENTE INADEQUADO	3ADEQUADO	4.EXCELENTE
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1.PROBLEMA	2.PROBLEMA EM POTENCIAL	3.NENHUM PROBLEMA	

Presente ed metido nisto setor proveniente da SRPA em DPO de  
traumatismo traumática. Presente recordeado no lado, consciente, ouvi-  
do, respiro, circulação, pulso, refleto. Em um dia  
ATP + radiografia, exame em MSE e drama de dec. Duran P,  
um gabinete no momento. Segue varredura pelo corpo.

Pamella Ruthie Almond  
GOREN, ~~PAUL~~

**Assinatura e carimbo do enfermeiro(a)**



## Registro de Enfermagem

Hora

Conf.

- 11:00 Frontrumis completo eau : presc. oto  
Bixirrgico Sae p/ reagelilidolabp  
lhech list, pedfido ab RX receita  
Tec-Simone 4724-348
- Durante o atendimento foi administrado  
Dipirona, Decadate, eloxal, Kefalol 200, Dornase  
Profenol. Tec-Simone.
- 11:10 Paciente admitido na SRPS com febre  
afebril, eupneico respondendo suas solicita-  
ções verbais ainda sob efeito de ondentes  
em uso de suco de melterapia + curativos M.S.E. e  
enfossamento de atadura + dorso de succo  
SS VVPA 140+80 mmHg P 73 bpm SpO<sub>2</sub> 97%  
Paciente segue em observação da enfermeira  
Frontrumis completo + exames prescritos e reexame  
de traçal + pedido RX
- 11:15 Fete apresentando alterações evanescentes. Realizado sondagem de  
alívio conforme prescrição médica. Utilizado 15 ml de suco de laranja 17.5.  
01 pacote de gaze simples 10 gr de Uverina gel e 30ml de flum-  
fone aquosa. Dose total = 600 ml de diurese hemotécnica. Fete pa-  
tologista de hiperplasia prostática. Montado técnico orseptica.
- Pact. paciente alta da SRPS, retirado oxímetro conduzido  
por enfermeira em uso de suco de melterapia + dorso no local  
cirúrgico. Frontrumis completo
- 14:50 Paciente admitido neste instante pelo Dr. Josenaldo dos Santos  
Auditor de Dr. Alex Francisco de Oliveira, paciente afebril  
eupneico, orientado, consciente e orientado, com boa ligação  
comunicativa, orientada, orientada, em uso de AIP (em  
MS) suco de bixirrgico + curativos em MSE + dorso de  
succo, paciente segue em companhia de familiar e  
auxiliadores da equipe de enfermagem. TEC: Dânia Ribeiro  
Corm: 1311659
- 15:00 Paciente recebeu a ducha espirada pela SUD
- 16:20 Administrado medicamentos Propranolol 100 mg + 300 ml SF  
bix E/ conforme prescrição médica. TEC: Dânia Ribeiro Corm:  
1311659
- 16:25 Instalado SF 500 ml conforme prescrição médica  
TEC: Dânia Ribeiro Corm: 1311659
- 18:35 Apurado os SSV da paciente e montado na maca  
Galo + administrado bixirrgico 2 ml + 18 ml de A.D.  
E/ conforme prescrição médica. TEC: Dânia Ribeiro Corm: 1311659
- 18:57 Encerrado plantão nem intercorrência, paciente calmo, a-  
febril, eupneico, normotensivo, em uso de AIP em IGD



Hospital São José

Data: 12/08/2019  
Hora: 15:11

**Atendimento** 1175844  
**Nome** JOSE WELLINGTON FEITOSA  
**Solicitante:**

**Data** 01/08/2019 06:18  
**Convênio** Aih-sus  
**Dt Nasc** 02/06/1967 - 52 anos

**PUNHO AP - LAT - OBLIQUAS - Data: 02/08/2019 12:05**

**Resultado:**  
ESQUERDO

Tala gessada.  
Redução da densidade óssea.  
Placa e parafusos (8) na extremidade distal radial e no 3º metacarpo para tratamento de fratura carpal.

\_\_\_\_\_  
Dr(a). MARCIA CAVALHEIRO ALVES  
CRM-2880



## Hospital São José

Data:  
09/07/2019  
Hora: 08:19

**Atendimento** 1166594  
**Nome** JOSE WELLINGTON FEITOSA  
**Solicitante:** Carimbo Ilegivel

**Data** 12/06/2019 14:32  
**Convênio** Ambulatorio Sus  
**Dt Nasc** 02/06/1967 - 52 anos

**TORAX P.A. - Data: 12/06/2019 14:32**

**Resultado:**

Exame realizado no leito.  
 Opacidades nodulares predominando nas bases, sendo confluentes na base esquerda.  
 Área cardíaca aumentada.  
 Diafragma convexo e seio costofrênico lateral livre à direita.  
 Seio costofrênico lateral esquerdo obliterado (pequena efusão pleural?).

  
 Dr(a). MARCIA CAVALHEIRO ALVES  
 CRM-2880



Atendimento	1174970	Data	29/07/2019 07:15
Nome	JOSE WELLINGTON FEITOSA	Convênio	Ambulatório SUS
Solicitante:	Alex Franco De Carvalho	Dt Nasc	02/06/1967 - 52 anos

### HEMOGRAMA COMPLETO - Data: 29/07/2019 07:15

Material:Sangue Total  
Metodo:Automatizado

#### Referência

<b>Eritograma:</b>			
Hemácias .....	4,83 milh/mm <sup>3</sup>	Homem: 4.50 a 6.00 milh/mm <sup>3</sup>	
Hemoglobina .....	14,50 g/dl	Mulher: 4.00 a 5.40 milh/mm <sup>3</sup>	
Hematócrito .....	43,50 %	Homem: 13.00 a 18.00 g/dL	
V.C.M .....	90,06 fl	Mulher: 12.00 a 16.40 g/dL	
H.C.M .....	30,02 g/dL	Homem: 39 a 54%	
C.H.C.M .....	33,33 g/dL	Mulher: 36 a 48%	
<b>Leucograma:</b>			
Leucócitos Totais .....	5.000 mm <sup>3</sup>	4.000 a 10.000 mm <sup>3</sup>	
Contagem diferencial: ...	% ..... /mm <sup>3</sup>		
Neutrofílos: .....	40	2000	40 a 70 %
Eosinófilos .....	04	200	01 a 06 %
Linfócitos típicos .....	53	2650	20 a 45 %
Monocitos .....	03	150	02 a 10%
<b>Plaquetas:</b>			
Contagem de Plaquetas: .....	201.000 mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000 mm <sup>3</sup>	

  
**CARINA B. DE SANTANA CRBM-1911**  
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Responsável Técnico: Dra. Carina Batista de Santana - CRBM-1911**

Obs.: A análise correta dos Resultados Depende da Correlação Clínico-Laboratorial, dos Aspectos Epidemiológicos, da Interação Medicamentosa em uso, dos Aspectos fisiopatológicos do Paciente, etc...



Hospital São José

Data: 01/08/2019

Hora: 06:40

**Atendimento** 1174970  
**Nome** JOSE WELLINGTON FEITOSA  
**Solicitante:** Alex Franco De Carvalho

**Data** 29/07/2019 07:15  
**Convênio** Ambulatorio Sus  
**Dt Nasc** 02/06/1967 - 52 anos

**PLAQUETAS, CONTAGEM DE - Data: 29/07/2019 07:15**Material:-  
Metodo:-**Referência**

**Resultado:** 201.000 mm<sup>3</sup>      **Referência** 150.000 - 400.000 mm<sup>3</sup>

**TEMPO DE COAGULACAO - Data: 29/07/2019 07:15**Material:Sangue Total  
Metodo:Lee White**Referência**

**Resultado:** 6,00 min,s      **Referência** 5:00 s 10:00 min

**TEMPO DE PROTROMBINA - Data: 29/07/2019 07:15**Material:Plasma  
Metodo:-**Referência**

**Tempo de Protombina:** 13 seg      **Referência** 11 à 14 seg.

**Atividade de Protombina:** 100 %      **Referência** 70 a 100%.

**Obs.:** INR. 1.00



CARINA B. DE SANTANA CRBM 1911  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Responsável Técnico: Dra. Carina Batista de Santana - CRBM-1911**

**Obs.: A analise correta dos Resultados Depende da Correlação Clinico-Laboratorial, dos Aspectos Epidemiológicos, da Interação Medicamentosa em uso, dos Aspectos fisiopatológicos do Paciente,etc...**



**Atendimento** 1174970  
**Nome** JOSE WELLINGTON FEITOSA  
**Solicitante:** Alex Franco De Carvalho

**Data** 29/07/2019 07:15  
**Convênio** Ambulatorio Sus  
**Dt Nasc** 02/06/1967 - 52 anos

**TEMPO DE SANGRAMENTO - Data: 29/07/2019 07:15**

Material:Sangue  
Metodo:Duke

**Referência**

<b>Resultado:</b>	1,30 min.s	1:00 a 3:00 min
-------------------	------------	-----------------

**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - TTPA - Data: 29/07/2019 07:15**

Material:Plasma  
Metodo:-

**Referência**

<b>Resultado:</b>	29 seg	25 - 40 seg.
-------------------	--------	--------------

CARINA B. DE SANTANA CRBM 1911  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Responsável Técnico: Dra. Carina Batista de Santana - CRBM-1911**

Obs.: A analise correta dos Resultados Depende da Correlação Clinico-Laboratorial, dos Aspectos Epidemiológicos, da Interação Medicamentosa em uso, dos Aspectos fisiopatológicos do Paciente,etc...



Atendimento 1174970  
 Nome JOSE WELLINGTON FEITOSA  
 Solicitante: Alex Franco De Carvalho

Data 29/07/2019 07:15  
 Convênio Ambulatorio Sus  
 Dt Nasc 02/06/1967 - 52 anos

**CREATININA - Data: 29/07/2019 07:15**

Material:Soro  
 Método:Jaffé Mod.

Resultado:	Referência
0,70 mg/dL	0,4 a 1,3 mg/dL

**GLICOSE - Data: 29/07/2019 07:15**

Material:Soro  
 Método:Enzimático

Resultado:	Referência
102 mg/dL	Jejum: 60 a 99 mg/dL. Pós prandial: < 140 mg/dL.

**UREIA - Data: 29/07/2019 07:15**

Material:Soro  
 Método:Enzimático

Resultado:	Referência
18 mg/dL	15 - 40 mg/dL.

CARINA B. DE SANTANA CRBM 1911  
ASSINADO ELETRONICAMENTE

**Responsável Técnico: Dra. Carina Batista de Santana - CRBM-1911**

Obs.: A análise correta dos Resultados Depende da Correlação Clínico-Laboratorial, dos Aspectos Epidemiológicos, da Interação Medicamentosa em uso, dos Aspectos fisiopatológicos do Paciente, etc...



HOSPITAL SÃO JOSÉ  
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, o pedido, que o (a) Sr (a)

José Gellina-  
89 7699-5501/56  
(Ident. ou registro)

foi atendido(a)

Centro cirúrgico

(clínica ou serviço)

do

Hosp. São José

no dia 01/03/19, às 09 horas, necessitando de 60 (sessenta) (por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID M125

Assinatura do paciente ou responsável

Dra. M. 01/03/19

Local e data

Dr. Heyzorn S. Dannemann  
Assinatura de Médico/Odontólogo  
(carimbo contendo nº de CRM e registro CRM/CRO)

## Laudo novo



HOSPITAL  
SÃO JOSÉ  
Evaluando com saúde.

Atendimento 116559

Nome JOSE W

Solicitante: Carimb

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no artigo 27 da CLPS, aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM-1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

ELETROCARDIOGRAMA - Data: 06/06/2019 12:32

Resultado:

Ritmo: Sinusal.

Frequência cardíaca: 97 bpm.

SÂQRS: + 60 graus.

Conclusão: ECG dentro dos limites da normalidade.

Dr(a).ANTONIO FERNANDO TAVARES SANTANA  
CRM -1315

# HOSPITAL SAO JOSE 12-Lead ECG Report

ID:11977

Room No.:

JOSE WELLINGTON FEITOSA  
Request Department:

52 Years  
OutpatientID:1165599

Male

Report Confirmed By:

HR : 97bpm

P : 119ms

PR : 169ms

QRS : 91ms

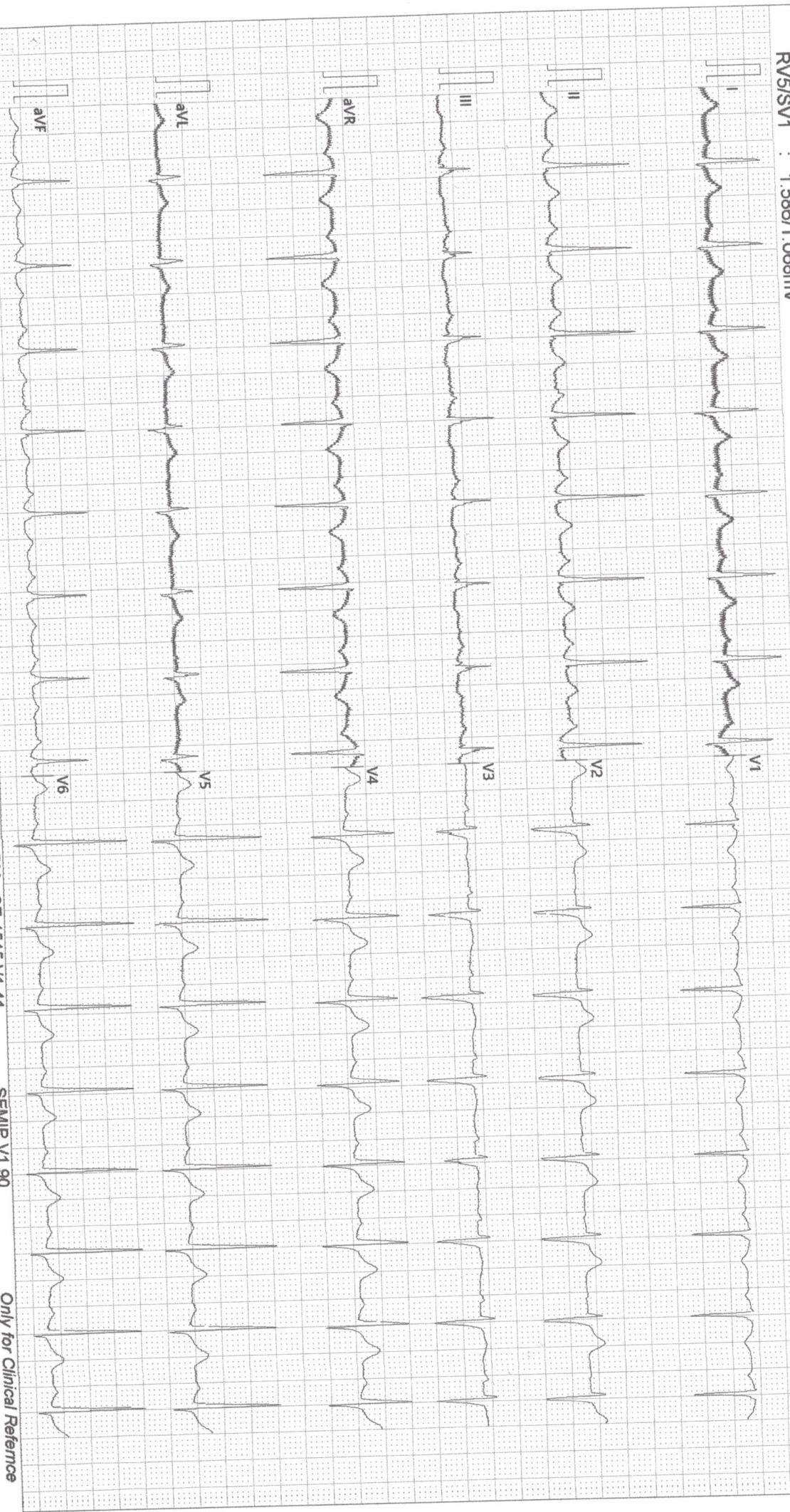
QT/QTc : 315/401ms

P/QRS/T : 62/59/22deg.

RV5/SV1 : 1.586/1.068mV

- 1.Ritmo sinusal  
2.PtV1 aumentado

Report Confirmed By:  
10mm/mV  
25mm/s





**HOSPITAL SÃO JOSÉ  
ATESTADO MÉDICO**

Atestô para os devidos fins, o pedido, que o (a) Sr (a)

*Kai Gelling-*  
*89 769 559/56*  
(Ident. ou registro)

foi atendido(a)

*Centro cirúrgico*

(clínica ou serviço)

do

no dia

*01/08/19*

às

*09*

horas, necessitando de

*60*

(*sessenta*)

(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID M125

Assinatura do paciente ou responsável

*Nicola, 01/08/19*  
Local e data

*Dreyzmann S. Dannemann*

Assinatura do Médico/Odontólogo

*ORTOPEDICO/Reumatologia*

(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - Este atestado é válido para finalidade previstas no artigo 27 da CLPS, aprovado pelo decreto nº 89.312 de 23/01/84, e resolução CFM-1190/84 e será expedida para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583327      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/03/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583327      **Cidade:** Aracaju      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA      **Data do acidente:** 10/09/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 25/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMEDIA E DO COLO À ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANOS LEVES DO MSE.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583327 Cidade: Aracaju Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA Data do acidente: 10/09/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMEDIA E DO COLO À ESQUERDA

**Descrição do exame** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO À ESQUERDA.

**físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDO (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO DO ÚMERO (CALOS ÓSSEOS), ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS POR DESUSO, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO PUNHO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO.

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 55° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/03/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MSE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 16,1 %	11,27%	R\$ 1.521,45
<b>Total</b>			<b>11,27 %</b>	<b>R\$ 1.521,45</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180583327 Cidade: Aracaju Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA Data do acidente: 10/09/2018 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMEDIA E DO COLO À ESQUERDA

**Descrição do exame** FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO À ESQUERDA.

**físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDO (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO DO ÚMERO (CALOS ÓSSEOS), ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS POR DESUSO, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO PUNHO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO.

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 55° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/03/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO PUNHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MSE.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 16,1 %	11,27%	R\$ 1.521,45
<b>Total</b>			<b>11,27 %</b>	<b>R\$ 1.521,45</b>

## **SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE DE PROCESSO**

**EU, José Wellington Feitoza. Venho através desta, solicitar uma perícia médica para que o meu caso referente ao processo de invalidez seja melhor avaliado, já que venho sofrendo com o agravamento das sequelas provenientes do acidente ao qual fui acometido e considero que o valor que me foi pago anteriormente não está de acordo com a gravidade das lesões com as quais passei a conviver após o já referido acidente. Segue em anexo a essa carta um relatório médico feito por um médico ortopedista competente que aponta o nível de agravamento das minhas lesões. Sem mais para o momento, desde já agradeço a atenção e torço para que a minha solicitação seja atendida o mais breve possível.**

**Aracaju-SE, 24/09/2019**

## **SOLICITAÇÃO DE REANÁLISE DE PROCESSO**

**EU, José Wellington Feitoza. Venho através desta, solicitar uma perícia médica para que o meu caso referente ao processo de invalidez seja melhor avaliado, já que venho sofrendo com o agravamento das sequelas provenientes do acidente ao qual fui acometido e considero que o valor que me foi pago anteriormente não está de acordo com a gravidade das lesões com as quais passei a conviver após o já referido acidente. Segue em anexo a essa carta um relatório médico feito por um médico ortopedista competente que aponta o nível de agravamento das minhas lesões. Sem mais para o momento, desde já agradeço a atenção e torço para que a minha solicitação seja atendida o mais breve possível.**

**Aracaju-SE, 24/09/2019**

Carta de Reabilitação

Solicito coto de perícia Médica  
Ex. José Wellington Furtado, solicito o pedido  
de reabilitação do meu processo, o qual  
peço Jesus que me dê Xarom com pequenas  
deficiências e o agarramento deles, como  
consta no relatório em anexo, sendo assim  
não concordo com a conclusão feita  
pela figuração e faço a descrença  
para seu resultado por um ponto  
médico.

Assunto: (2) 9606-3112

E1484-1177

Assinatura 27.01.2014



Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 8880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artêmio Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Birro de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Labral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 2274)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2483)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lécio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia / Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2093)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 1391)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Mário Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Matsuyuki Ishii  
(CRM 2776)  
Ortopedia Geral/Cirurgia da Celina Clínica e Dor

Dr. Márcio Moura Rocha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Massayuki Ishii  
(CRM 1276)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Vídeo Artroscopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2430)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Mauricio Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



# Relatório Médico

José Wellington Feitosa, 51 anos, dirigia veículos motocicletas no dia 10/09/2018, quando caiu no mato de rolo mento, após colidir com um corvo.

Atendido pelo SAMU e conduzido ao UPA Walter Ribeiro, foi diagnosticado físsure da extremidade distal do rádio e CID 552.5.

Optou-se por realizar tratamento conservador com fixação gessada por 30 dias.

Observação: Examinando a radiografia trazida noto-se que há também pseudo articulação do escófide CID 562.1 (fissura antiga desse osso não consolidada), que o paciente não sabe informar

Dr. Alisson Luís Lima Rodrigues  
(CRM 3189)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 888)

Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artimílio Rucha Melo  
(CRM 2232)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bispo de Andrade  
(CRM 1295)

Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 2224)

Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia  
do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)

Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2181)

Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Lécio dos Anjos Brumhans  
(CRM 713)

Ortopedia /Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)

Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 3191)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marlúcia Andrade  
(CRM 804)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Masayuki Ishi  
(CRM 2776)

Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna  
Clínica e Dor

Dr. Márcio Moura Roche  
(CRM 3597)

Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo  
e Pé

Dr. Masayuki Ishi  
(CRM 1276)

Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Video  
Artroscopia /Acupuntura

Dr. Max Francisco do Carvalho  
(CRM 2430)

Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)

Ortopedia Geral /Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior  
(CRM 3728)

Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 1185)

Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)

Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho/ Video Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)

Cirurgia da Mão e Membros Superiores

nado. Destefato.

O quadro clínico manifesta que os ossos tem ciclismo, e não interresse de operar a lesão antiga, pois estou trabalhando 3/ Sintomas.

Avô médico assistente informou que a fratura do rádio está curada, e com alto definitivo.

Apesar do bom fracionamento, fizeram sequelas abaixo relatadas:

a) Limitações da pronação supinacão do punho

b) Limitações de flexão e extensão.

c) Edema residual.

Aracaju, 17/01/2019

Paul  
Dr. Masayuki Ishi  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 1276

Av. Gonçalo Prado Rollemburg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418  
CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE  
[www.prontoclinicaortopedica.com.br](http://www.prontoclinicaortopedica.com.br) | [prontoclinicaortopedica@gmail.com](mailto:prontoclinicaortopedica@gmail.com)

Z



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 10/09/18

Hora de entrada: 15 e 52

Identificação do Paciente

Nome: José Wellington Farias

Cartão SUS:

Sexo: Masc ( ) Fem ( ) Data de Nascimento: 51 anos

RG:

Nome da Mãe:

Tel. contato: 96814526

Endereço: R. 70 Vº 56 Socorro

I - AVALIAÇÃO POR TRIAGEM - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

1. QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO :

UPA DR. NESTOR  
CONFERE COM O ORIGINA

DATA 05/10/18

Naunib

ASSINATURA

2. ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim, Qual?: \_\_\_\_\_

3. MEDICAÇÕES EM USO:

4. ATECEDENTES CLÍNICOS: ( ) DM ( ) Cardiopatia ( ) HAS ( ) Gestante ( ) OUTROS QUAL? \_\_\_\_\_

5. DADOS VITAIS: P.A. \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ GL \_\_\_\_\_ T° \_\_\_\_\_ F. C. \_\_\_\_\_ F.R. \_\_\_\_\_

6. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ( ) AZUL ( ) VERDE ( ) AMARELO ( ) VERMELHO

II - HISTÓRIA CLÍNICA - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL MÉDICO

Paciente jovem de 51 anos de motociclista. Início de dresas negras pelo corpo com dor intensa na cintura. Pela dor evitou o trabalho doméstico e quase não dormiu. Foi ao pronto socorro e foi levado para o hospital São Vicente de Paulo onde realizou exames.

Nos oligos medicamentos vacinados contra o tétano. Recomendação de descanso.

EXAME FÍSICO

ABC - NDA

D. abd. sem

P. abd. sem raios X de abd. - parede dura

Dois colpos em parâmetro

Sinais gerais: Peso,脉搏, 容易, 脉搏?

Hab

Dr. Marcus Gonçalves  
Cirurgião Geral  
CRM SE 5210

## CONDUTA / PRESCRIÇÃO :

Dipromo - Tg. Ia  
 Profund. 10 mm, 70%  
 Pts de Cervo. Foul  
 Prostófico de origem. Total da grandeza

HORARIO

RUBRICA  
ENFERMAGEM

*Marcus Gonçalves*  
 Dr. Marcus Gonçalves  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

PAC

## EXAMES SOLICITADOS / OUTROS PROCEDIMENTOS

Pd. torc FR e gasto hepato m 20

A R. do hno por invasão linfática e fratura de  
 costela.

*Dr. Marcus Gonçalves*  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

*Fratura do Riso*

## DESTINO DO PACIENTE :

- ENCAMINHAMENTO:  
 TRANSFERÊNCIA:  
 ÓBITO

- INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
 EVASÃO:  
 ALTA COM ORIENTAÇÃO

HORA : \_\_\_\_\_



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**HOSPITAL Dr. NESTOR PIVA**

**RELATÓRIO MÉDICO**

José Wellington Teixeira dos atendidos  
na sala de cirurgia em 10.09.18,  
trouxe de volta ao paciente.  
Após raio x e procedimento acedido  
foi liberado conforme abaixo  
em seu pronóstico

Cel 707

03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Cirurgia Geral  
CRM 2203

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Coord. dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões - REUE

Dr. Alison Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 1880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artânia Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bispo de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 4224)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia  
do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2481)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Lélio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia /Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 3191)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marluce Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pés

Dr. Marcos Masayuki Ishii  
(CRM 2776)  
Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna  
Clínica e Dor

Dr. Márcio Moura Rocha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo  
e Pés

Dr. Masayuki Ishii  
(CRM 1276)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Video  
Artroscopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2430)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2508)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Júnior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sílvio Maurício Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho/ Video Artroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



# Relatório Médico

O sen. José Wellington Feitosa  
51 anos de idade, piloto de uma  
motocicleta em 10/10/2018, que  
do colidiu com um carro e caiu no  
pista de rolamento.  
Sorrido pelo SAMU e encaminha-  
do ao VPA nestor Pires, foi diagno-  
ticado: fratura do extremidade  
distal do rádio E (CID 552.5).

Optou - se por tratamento conserva-  
tório c/ uso gestado por 30 dias.

Dr. Masayuki Ishii  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 1276

Observações: Examinando a radio -

Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

Dr. Artêmio Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bento de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Albuquerque II  
(CRM 4224)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2481)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Lélio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia /Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução Óssea

Dr. Luciano Oliveira Junior  
(CRM 3191)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Matiúcio Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Masayuki Ishii  
(CRM 2776)  
Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna  
Clínica e Dor

Dr. Mário Moura Rocha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Masayuki Ishii  
(CRM 1276)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Video  
Arthroscopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2430)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)  
Ortopedia Geral /Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Junior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Mauricio Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho / Video Arthroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores

gelo traçado, verifica-se que h. também pseudo artrose do esôfago. CID 562.0, o paciente não sabe dizer quando este fórum ocorreu.

O orientado, manifesta que não tem interesse de operar a lesão antiga, pois trabalha se sentir dores, e o médico assistente refere que a lesão recente já está consolidada, e é alta.

A pesar do bom tratamento, ficaram sequelas abaixo relacionadas:

Dlimitações da provisória:

Dr. Masayuki Ishii  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 1276

Dr. Alisson Luis Lima Rodrigues  
(CRM 3189)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Quadril

Dr. Antônio Franco Cabral  
(CRM 880)  
Ortopedia Geral / Traumatologia / Cirurgia

De. Artêmio Rocha Melo  
(CRM 2232)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Daniel Bispo de Andrade  
(CRM 1295)  
Medicina Desportiva/Ortopedias Fraturas

Dr. Denis Cabral Duarte  
(CRM 4163)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. João Bourbon Albuquerque II  
(CRM 4224)  
Ortopedia Geral/Traumatologia/Cirurgia  
do Joelho

Dr. Kleber César Siqueira Santana  
(CRM 2213)  
Ortopedia Geral / Ortopedia Pediátrica

Dr. Kleberton César Siqueira Santana  
(CRM 2481)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Lécio dos Anjos Bourbon  
(CRM 713)  
Ortopedia /Traumatologia/Cirurgia do Joelho

Dr. Leonardo Guedes de Oliveira  
(CRM 2091)  
Ortopedia Geral/Alongamento e Reconstrução  
Óssea

Dr. Luciano Oliveira Júnior  
(CRM 3191)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marlucio Andrade  
(CRM 804)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Tornozelo e Pé

Dr. Marcos Masayuki Ishii  
(CRM 2776)  
Ortopedia Geral/ Cirurgia da Coluna  
Clínica e Dor

Dr. Márcio Meura Rucha  
(CRM 3592)  
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo  
e Pé

Dr. Masayuki Ishii  
(CRM 1776)  
Ortopedia Geral/Cirurgia do Joelho/Vídeo  
Arthroscopia /Acupuntura

Dr. Max Franco de Carvalho  
(CRM 2430)  
Ortopedia / Traumatologia / Cirurgia Coluna

Dr. Michael Silveira Santiago  
(CRM 2598)  
Ortopedia Geral /Cirurgia do Quadril

Dr. Paulo Cândido de Lima Junior  
(CRM 3726)  
Ortopedia Geral / Cirurgia da Coluna

Dr. Sérgio Cabral de Melo  
(CRM 3385)  
Ortopedia Geral / Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Dr. Sylvio Maurício Mendonça Cardoso  
(CRM 1277)  
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva  
Cirurgia do Joelho/ Vídeo Arthroscopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior  
(CRM 3036)  
Cirurgia da Mão e Membros Superiores

② Limitações de flexão e  
extensão

③ Edema residual

Aracaju, 12/12/2018

Dr. Masayuki Ishii  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 1276

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edileide dos Santos,  
RG nº 3.028.925-0 data de expedição 19/07/2001  
Órgão SSP/SE portador do CPF nº 010.676.595-79 com  
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado SE de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua José Ferreira Lima, nº 214, complemento CORJOZ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSÉ WELLINGTON FEITOZA, cujo o condutor era JOSÉ WELLINGTON FEITOZA.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

\* Edileide dos Santos

Assinatura do Declarante

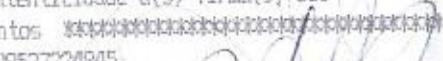
\* José Wellington Feitoza

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 Pierete

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

Edileide dos Santos   
Selo TJSE: 201829527224945

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/BORAGI>

Aracaju, 29/10/2018 10:04:37 19981

Daniela Santana de Carvalho - Escrivã(a) Autorizada  
End.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 Pierete

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

José Wellington Feitoza 

Selo TJSE: 201829527224981

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/60IMX>

Aracaju, 29/10/2018 10:18:22 23942

Daniela Santana de Carvalho - Escrivã(a) Autorizada  
End.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : Nº 007.542.537



## DADOS DO CLIENTE

JOSE WELLINGTON FEITOSA  
RUA JOAO FERREIRA LIMA 214  
ARACAJU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/32701-5

REFERÊNCIA  
**OUT/2018**

APRESENTAÇÃO  
**11/10/2018**

CONSUMO

**274**

VENCIMENTO

**28/10/2018**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 236,77**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

JOSE WELLINGTON FEITOSA

Roteiro: 06-001-700-5880

83640000002-9 36770148000-9 00327012018-5 10400001019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
28/10/2018	R\$ 236,77	32701-2018- 10-4



## RELATÓRIO 01487 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1809100643 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 14h53min do dia 10 de Setembro de 2018, para atendimento de vítima identificada como **José Wellington Feitoza**, com relato de **queda de moto**, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, seguido de remoção para **Unidade de Pronto Atendimento Nestor Piva** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 22 de Outubro de 2018



Dr. André Lézir Bastos Pinho Neto  
Gerência da Regulação Médica  
SAMU 192 Sergipe  
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017530/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/10/2018 09:20 Data/Hora Fim: 09/10/2018 09:47  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito.

Data/Hora do Fato: 10/09/2018 14:30

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Ladeirão: Avenida Pedro Calazans

CEP: 49 010-490

Ponto de Referência: CRUZAMENTO CIMA DA HAMETA / A MENDONÇA

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Móvel(s) Empregado(s)
1222 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 363 Caput da Lei dos Crimes de Trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE WELLINGTON FEITOZA (VITIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Aracaju	Sexo: Masculino	Nasc: 02/06/1967
Profissão: Encarregado de Obras		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Lute	Nome do Pai: José Feitoza da Silva		
Documento(s)			
RG - Carteira de Identidade: 897 399			
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 422.602.425-34			
Endereço			
Município: Aracaju - SE			
Ladeirão: R João Lima	Nº: 214		
Bairro: VENFZA 1	CEP: 49.092-630		
Telefone: (79) 99997-6705 (Celular)			

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTICO AUTOR/INVESTIGADOR)
Nacionalidade: Brasileira

Endereço	
Município: Aracaju - SE	

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: QKR3571	Número do Chassi: 42542
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: Vermelha
UF: Veículo: Sergipe	Município: Veículo: Aracaju
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX	Modelo: HONDA/CG 150 TITAN EX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto  
Impresso por: Fabiano Vitor Hugo Bernardo  
Data de Impressão: 09/10/2018 09:47  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017530/2018

Situação Envolvido	
Nome Envolvido	
José Wellington Feitoza	Envolvidos Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima/comunicante que conduzia a motocicleta acima mencionada, chassi 0C2KC1660FR042542, licenciada em nome de EDILEIDE DOS SANTOS, pelo local, dia e horário acima citados, sentido Norte/Sul, quando chegou no cruzamento com a Rua Mamede Paes Mendonça outra motocicleta que a vítima não sabe informar a placa avançou o sinal vermelho e causou o acidente, que as motocicletas não chegaram a se chocarem, pois a vítima freou a sua e perdeu o controle; Que na queda a vítima sofreu fratura no braço esquerdo e escoriações pelo corpo; Que a vítima foi atendida pelo SAMU e levada para a UPA NESTOR PIVA, onde foi atendido e liberado, Que a motocicleta sofreu danos na frente e que os reais danos serão conferidos em orçamentos.

Por fim, nesse ato manifesta o desinteresse de representar criminalmente contra o autor dos fatos.

## ASSINATURAS

Roberval Rodrigues Bernardino  
Responsável pelo Atendimento

*Roberval Rodrigues Bernardino*  
Agente de Polícia  
Matrícula: 549.411 SSP/SE

  
José Wellington Feitoza  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou titular desse boletim de ocorrência, que meus afirmações acima declaradas e outras que possam ser requeridas com o cumprimento desta presente declaração que sei que o que eu digo é verdadeiro, conforme preceito nos Artigos 156, § 1º, e 160, da Constituição Federal e 369, Circunstância Fática do Crime, da Lei de Crimes, da Lei das Punições e da Lei Orgânica da Pátria".

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	422.502.425.34	José Wellington Feitosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 645/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Endereço:	
Bairro:	Cidade:	
E-mail:		
		Estado: Se CEP: 49092530 Tel. (DDD): (71)9606-3112/49891177

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDIMENTO MENSAL:**

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 SEM RENDA  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-se uma opção)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2448 CONTAS: 00016880 0

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTAS: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

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

**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) por os fins de requerimento de indenizações do Seguro DPVAT por invalidez permanente, nisso veja que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

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

Pelo motivo acostalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em meus autos, feita à avaliação médica da Seguradora Lider por eventuais danos temporários e desentendes de acidente de trânsito, conforme los 6.194/14, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rejeição ao direito de contestação, caso descoberta de seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou comp.º(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deu à luz:  Sim  Não Vítima deu à luz:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem estar acreditando certo, ainda, de que qualquer pessoa ou destinatário não verdadeiro poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Jacópolis/SE 21 novembro 2018

(\* Assinatura de quem assina A RGPD)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180583327  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Wellington Feitoza  
Endereço do(a) Examinado(a): Joao Ferreira Lima, 214  
Olaria Aracaju SE CEP: 49060-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1.426.014  
Data local do acidente: [ 10/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 15/03/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMEDIA E DO COLO À ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 03 MESES COM "BRACE" POR MAIS 03 MESES.**  
**Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO PUNHO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS**  
Data da Alta: 10/09/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**FRATURA DUPLA DE ÚMERO E DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO À ESQUERDA.**

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUIDO (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO DO ÚMERO (CÁLOS OSSEOS), ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS POR DESUSO, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO PUNHO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTÓVELO.

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 55° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 40°)

ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR 0° A 180°)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otálio Nascimento Junior*

Manoel Otálio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	422.502.425.34	José Wellington Feitosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 645/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Endereço:	
Bairro:	Cidade:	
E-mail:	Estado:	
	214 Lapa	
	CEP: 49092530	
	Tel. (DDD): (71)9606-3112/49891177	

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

**DADOS CADASTRAIS**
**RENDIMENTO MENSAL:**

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 SEM RENDA  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Avise-se uma opção)

- Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2448 CONTAS: 00016880 0

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTAS: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

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

**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) por os fins de requerimento de indenizações do Seguro DPVAT por invalidez permanente, nisso veja que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, ou

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

Pelo motivo acostalado, solicito o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em meus autos, feita a avaliação final da Seguradora Lider por eventuais danos corporais e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme los 6.194/14, art. 3º, §º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rejeição ao direito de contestação, caso descoberta de seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou comp.º(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vivos  Falecidos Vítima deu à luz:  Sim  Não Vítima deu à luz:  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos唯一的 beneficiários que se apresentarem e provarem estar à condição, estando certo, ainda, de que qualquer pessoa ou entidade que vier declarar a poderia gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

Jacópolis/SE 21 novembro 2018

(\* Assinatura de quem assina A RGDO)

x José Wellington Feitosa  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSARIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 26 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180583327**

**Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE WELLINGTON FEITOZA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 14815807



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180583327**      **Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE WELLINGTON FEITOZA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.521,45

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 16.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (16.1% de 70%) 11,27%

Valor a indenizar: 11,27% x 13.500,00 = R\$ 1.521,45

**Recebedor: JOSE WELLINGTON FEITOZA**

**Valor: R\$ 1.521,45**

**Banco: 104**

**Agência: 000002448**

**Conta: 0000016880-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180583327**

**Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

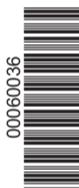
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180583327**

**Vítima: JOSE WELLINGTON FEITOZA**

**Data do Acidente: 10/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE WELLINGTON FEITOZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411435/18

**Vítima:** JOSE WELLINGTON FEITOZA

**CPF:** 422.502.425-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/09/2018

**Titular do CPF:** JOSE WELLINGTON  
FEITOZA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSE WELLINGTON FEITOZA : 422.502.425-34**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018  
Nome: JOSE WELLINGTON FEITOZA  
CPF: 422.502.425-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018  
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS  
CPF: 044.100.755-43

JOSE WELLINGTON FEITOZA

WILLIANS SANTOS DE FREITAS





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edileide dos Santos,  
RG nº 3.028.925-0 data de expedição 19/07/2001  
Órgão SSP/SE portador do CPF nº 010.676.595-79 com  
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado SE de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua José Ferreira Lima, nº 214  
complemento CORJOZ, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOSÉ WELLINGTON FEITOZA, cujo o condutor era JOSÉ WELLINGTON FEITOZA.

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data:

\* Edileide dos Santos

Assinatura do Declarante

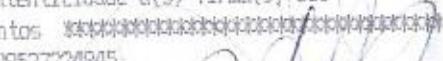
\* José Wellington Feitoza

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 Pierete

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

Edileide dos Santos   
Selo TJSE: 201829527224945

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/BORAGI>

Aracaju, 29/10/2018 10:04:37 19981

Daniela Santana de Carvalho - Escrivãe Autorizada  
End.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
TABELIÃO: DANIEL PIERETE

 Pierete

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de:

José Wellington Feitoza 

Selo TJSE: 201829527224981

Acesse: <http://www.tjse.jus.br/x/60IMX>

Aracaju, 29/10/2018 10:18:22 23942

Daniela Santana de Carvalho - Escrivãe Autorizada  
End.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397





## CONDUTA / PRESCRIÇÃO :

Dipromo - Tg. Ia  
 Profund. 10 mm, 10m  
 Pts de Cervix Geral  
 Prostáticas da uterina (todas na grandeza)

HORARIO

RUBRICA  
ENFERMAGEM

*Marcus Goncalves*  
 Dr. Marcus Goncalves  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

NEA

## EXAMES SOLICITADOS / OUTROS PROCEDIMENTOS

Exs torax AP e gástrico em 20

A R de hox por invasão linfática e fratura de  
 coluna

*Dr. Marcus Goncalves*  
 Cirurgião Geral  
 CRM-SE 5210

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

*Fratura do Rio*

## DESTINO DO PACIENTE :

- ENCAMINHAMENTO:  
 TRANSFERÊNCIA:  
 ÓBITO

- INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
 EVASÃO:  
 ALTA COM ORIENTAÇÃO

HORA : \_\_\_\_\_



ESTADO DE SERGIPE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
**HOSPITAL Dr. NESTOR PIVA**

**RELATÓRIO MÉDICO**

José Wellington Teixeira dos atendidos  
na sala de pronto atendimento em 10.09.18,  
após exame de orelharia do paciente.  
Após raio x e procedimento médico  
foi liberado conforme abaixo  
em seu pronto atendimento

Cel 707

03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Cirurgia Geral  
CRM 2203

Dr. Esdras Fagundes Ferreira  
Coord. dos Médicos Ortopedistas e Cirurgiões - REUE