

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Dr. NESTOR PIVA



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 10/09/18

Identificação do Paciente

Hora de entrada: 15 e 52

Nome: José Wellington Feitosa Cartão SUS: _____

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

Nome da Mãe: _____ Tel. contato: 96814526

Endereço: R. 70, nº 56 Socorro

I - AVALIAÇÃO POR TRIAGEM - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

1. QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO:

UPA DR. NESTOR PIVA
CONFERE COM O ORIGINAL

2. ALERGIA: () Não () Sim, Qual? _____

DATA 05/10/18

ASSINATURA

3. MEDICAÇÕES EM USO: _____

4. ANTECEDENTES 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 vítima de queda de motocicleta em 11/08/18, apresentando dor no local de impacto, com limitação de movimento. Não há ferimentos visíveis, apenas hematoma no local de impacto. Paciente em boas condições, sem sinais de trauma. Foi encaminhado para tratamento sintomático e observação.

EXAME FÍSICO

ABC - NDI
1. Cabeça: sem alterações, sem ferimentos.
2. Pescoço: sem alterações, sem ferimentos.
3. Tórax: sem alterações, sem ferimentos.
4. Abdômen: sem alterações, sem ferimentos.
5. Membros superiores: sem alterações, sem ferimentos.
6. Membros inferiores: sem alterações, sem ferimentos.

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM 5210

RUBRICA
ENFERMAGEM

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

A R d. Para Mr. Emerson's Generators - future -

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

FRATURA DO RTO

HORA : :

MÉDICO RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO MÉDICO

João Wellington Teixeira foi atendido
na URGÊNCIA em 10.09.18.
Tratado de acordo do protocolo.
Após Raio x e procedimentos necessários
foi liberado conforme consta
em seu prontuário.

Cid 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 Luiz Bastos Paim, M.R.
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.: N° 007.542.537



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

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



DESTAQUE AQUI

JOSE WELLINGTON FEITOSA

Roteiro: 06-001-700-5880

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

VENCIMENTO

28/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 236,77

MATRÍCULA

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: **422.502.425.34** CPF da vítima: **422.502.425.34** Nome completo da vítima: **Jose Wellington Ferreira**

Nome completo: **Jose Wellington Ferreira** CPF: **422.502.425.34**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua João Ferreira Lima** Número: **214** Complemento: **Caba**

Bairro: **Olímpia** Cidade: **Joaquim** Estado: **SE** CEP: **49092-530**

E-mail: **(71)9606-3112/44891177**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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 - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar 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** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para 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 discorde do 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 companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jose Wellington Ferreira

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 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: 422.502.425.34 CPF da vítima: 422.502.425.34 Nome completo da vítima: Jose Wellington Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2012

Nome completo: Jose Wellington Ferreira CPF: 422.502.425.34
 Profissão: Recuso Endereço: Rua João Ferreira Lima Número: 214 Complemento: Caba
 Bairro: Olímpia Cidade: Joaquim Estado: SE CEP: 49092-530
 E-mail: _____ Tel (DDD): (71) 9606-3112/44891177

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

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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: 00016880 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestabilização 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico e 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 requerimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, estando ciente, desde já, que caberá ao IMI, de acordo com as regras da Seguradora Líder, a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Fallecidos: _____ Nascimento (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Joaquim/SE 21 novembro 2018
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura de quem assina A ROGO: Jose Wellington Ferreira
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
 2ª | 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.**



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 08:20 Data/Hora Fim: 09/10/2018 09:47
Delegado de Polícia: Daniele Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeito: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Lugradouro: Avenida Pedro Calazans

CEP: 49.010-490

Ponto de Referência: CRUZAMENTO OCEANOIA - LÁ PAREDE DO LADO MENCIONA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1229 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput do Código de Trânsito Brasileiro - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ WELLINGTON FEITOZA (VÍTIMA, 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 Leite

Nome do Pai: José Feitoza da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 897.390

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 422.502.425-34

Endereço

Município: Aracaju - SE

Lugradouro: R João F Lima

Nº: 214

Bairro: VENEZA 1

CEP: 49.092-530

Telefone: (79) 99997-6765 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

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: Daniele Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberto Lima da Silva
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	Envolvimentos
Nome Envolvido	Possuidor
José Wellington Feitoza	

RELATO/HISTÓRICO

Relata a vítima/comunicante que conduzia a motocicleta acima mencionada, ch: ssi 9C2KC1660FR042542, 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



José Wellington Feitoza
(Vítima / Comunicante)

Declino para os devidos fins do direito que seja feita a divulgação das informações acima citadas e assim que poder (resposta) em e comunicação para presente declaração que não exige, conforme previsto nos Artigos 140, inciso I, do Código de Processo Penal e 140, inciso II, do Código de Processo Penal e 140, inciso III, do Código de Processo Penal.

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

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

Nº do sinistro ou ASI: **402.502.425.34** CPF da vítima: **402.502.425.34** Nome completo da vítima: **Jose Wellington Ferreira**

Nome completo: **Jose Wellington Ferreira** CPF: **402.502.425.34**

Profissão: **Recuso** Endereço: **Rua João Ferreira Lima** Número: **214** Complemento: **Caba**

Bairro: **Olímpia** Cidade: **Joaquim** Estado: **SE** CEP: **49092-530**

E-mail: **(71)9606-3112/44891177**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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 CADASTRAIS

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **2448** CONTA: **46880** AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para 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 discorde do 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 companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON
FEITOZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON
FEITOZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

JOSE WELLINGTON FEITOZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON
FEITOZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 27/02/2019
Nome: JOSE WELLINGTON FEITOZA
CPF: 422.502.425-34

JOSE WELLINGTON FEITOZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2019
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

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

Valoração 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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
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 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 DANO LEVE 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 Luís 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. 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. Marluccio 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 Rocha
(CRM 3592)
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Masayuki Ishi
(CRM 1276)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscoopia / 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 Maurício Mendonça Cardoso
(CRM 1277)
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscoopia

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



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

Relatório Médico

1 / José Wellington Feitosa

2 Idade: 52 anos

3 Data do acidente: 10/09/2018.

4 Diagnóstico:

Fratura fechada do extremidade distal do rádio E CID S525.

5 Tratamento: Tratamento conservador com a luva gessada por 30 dias.
Observação: observando a radiografia trazida pelo paciente, nota-se que há também pseudo artrose do escófo de CID S62.0. Trata-se de fratura antiga, não consolidada, que o paciente não sabe informar nada deste fato. O acidente ocorreu que agora está

Av. Gonçalo Prado Rollemberg, 460 - Tel.: (79) 3205-6550 / 99612-5418
CNPJ: 16.213.001/0001-54 - CEP: 49015-230 - Aracaju/SE
www.prontoclinicaortopedica.com.br | 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 1295)
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. Marluccio 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 Rocha
(CRM 3592)
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Masayuki Ishi
(CRM 1276)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho / Video Artrosopia / 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 Maurício Mendonça Cardoso
(CRM 1277)
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva Cirurgia do Joelho / Video Artrosopia

Dr. Walter Gomes Pinheiro Júnior
(CRM 3035)
Cirurgia da Mão e Membros Superiores



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

Consciente do fato, mas
não tem interesse de ope-
rar a lesão, porque trabalhava s/do-
res.

(b) Sequelas após alto.

(a) Limitações do movimento supinação da
mão e -

(b) Limitação do flexo e extensão.

(c) Edema residual.

Aracaju, 2/9/2019


Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

E



Zoom:69.50

JOSE WELLINTON FEITOSA

ID: 1175844

Data:02-08-2019

DN:06-02-1967 M

Técnico:Sergio

HOSPITAL SAO JOSE



HOSPITAL SÃO JOSÉ ATESTADO MÉDICO

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

En. João, João Gelling-
89 7699-5571/56
(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 dias
(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID M125

Assinatura do paciente ou responsável

João Gelling-
01/03/19

Local e data

Dheyzon S. Dannemann
Clínica de Reumatologia
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.

!@#CA!

HOSPITAL SAO JOSE
ADMINISTRACAO DOS PACIENTES

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

PACIENTE

PRONT....: 139485
DATA....: 01/08/2019
PACIENTE: JOSE WELLINGTON FEITOSA
RSP.INT.: MIRIAN DE SANTANA
RG.....: 897699 SSP/SE
SEXO....: Masculino
N.CAD....: 1059386
NASC....: 02/06/1967
FILIACAO: JOSE FEITOZA DA SILVA
 MARIA DE LOURDES LEITE
NATURAL: ARACAJU/SE
PROF....: PEDREIRO
ENDereco: RUA JOAO FERREIRA LIMA
BAIRRO: Olaria
CIDADE: Aracaju
FONE....: 79-99997-6766

ATEND....: 1175844
HORA....: 06:18
CPF.....: 42250242534
E.CIVIL.: SOLTEIRO
IDADE....: 52
NACIONAL: Brasileiro(a)
 , 214
UF: Sergipe

INTERNACAO

CONVENIO: AIH-SUS
Cod. SIH-SUS706905129919632
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
NACIONA.: Brasileiro(a)
CPF.....: 42250242534
PROF.....: PEDREIRO

RG.....: 897699 SSP/SE

PERMANENCIA SUS

MAX.PERM: 0

MIN.PERM: 0

**Exames + Pediatra + TSM + Anestesiologo, etc*
Av. Joao Ribeiro, 846 Santo Antonio Aracaju - SE *Cirurgia, ficha de consulta*
tel. :2105-1000

!C;!@

9997.67.66

988/2.38.54

Valor R\$ 2,10

Total 21 phas.

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 condições 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 §§. Do Codigo 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, próteses ou sínteses - 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 serviços 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 aprovacao das despesas;
- Que, em havendo recusa na aprovacao, 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 serviços 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 correção 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., do Codigo 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.....: *Jose Wellington* RESPONSAVEL.: _____
 TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____ !

! _____ !
 ! _____ !
 ! _____ !

C; @

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: Jose Wellington

Atend: 1175844

Leito: D2

Data: 01/08/19

Gasoterapia

Fartoso

Equipamentos

Oxigênio

Bomba Soro

Bomba Dieta

Oxímetro

I

T

I

T

I

T

I

T

I

T

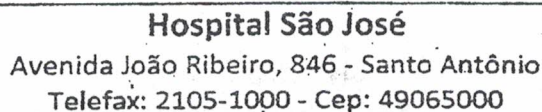
Registro de Sinais Vitais

Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
18:00	36.400				
24:00	36.60			120x80	Dr. Alex
06:00	36.60			120x70	Dr. Henrique
				130x80	Dr. Antonio
					Dr. Kelly

Registro de Enfermagem

8:10 Póste admitido no sala de cirurgia
 8:15 Al do S.V. para suture
 8:20 Ter-se o tratamento cirurgico de Arthropatia traumática com oes
 8:25 Ter-se o tratamento cirurgico de Arthropatia traumática com oes
 8:30 Braquial feito punção venosa e/ou glicose no 20
 8:35 monitorizado em 01/8/18
 8:40 Início de Anestesia Bloqueio
 8:45 Início de Anestesia Bloqueio
 8:50 Início de Anestesia Bloqueio
 9:00 SpO2 = 98%, PA = 120x70, P = 83
 9:10 Póste em hora operatória sem intercorr
 9:20 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 9:30 Póste em hora operatória sem intercorr
 9:40 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 9:50 Póste em hora operatória sem intercorr
 10:00 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 10:15 Póste em hora operatória sem intercorr
 10:30 Póste em hora operatória sem intercorr
 10:40 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 10:50 Póste em hora operatória sem intercorr
 11:00 Póste em hora operatória sem intercorr
 11:10 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 11:20 Póste em hora operatória sem intercorr
 11:30 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 11:40 Póste em hora operatória sem intercorr
 11:50 Anestesia operatória P = 85, SpO2 = 98%, PA 110x68
 12:00 Póste em hora operatória sem intercorr

Vere



Nome: <u>For (1) Elimination</u>	Atend: <u>4475844</u>	Leito: <u>02</u>	Data: <u>01/08/19</u>
----------------------------------	-----------------------	------------------	-----------------------

Equipamentos

Oxímetro

1

T

1

1

1

7

1

T

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

Hora	Registro de Enfermagem
• :	Plano de cuidados + Curativos em UGE + drenos
• :	de sucção, paciente segue em companhia de familiares
• :	e os cuidados da equipe de enfermagem. T.E. Corina
• :	Plano Cren: 131659

14:10	Fora de pos. operadora imediatamente expulsa:
:	armadora, mantido dentro em SE. Fale
:	no de sucesso, em andamento por
:	coloca perfura

At. Ing. Reginald Santos
 CODEN-SE 32.1131-AE

COREN-SE 321151-AE

26:00	Odontob	medicacos	de	horm
:	Conjunc	preserv	medica	com
:	planta			Alm. reg. 1000005

COPIA DE 321131 AE

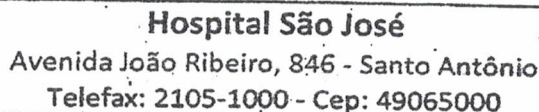
01/08 Ofensiva de la noche pl. SMO. CORRE-DE 32/10/1942

22/0	identifico	medicamentos	de trabalho
:	colocou	no	medica
:	admito	sendo	veloz

9:00	Prakti Mepachhahs een Oeent. de
:	Lihepa soot

:	Admission: 11/11/1968	Al. H. H. H.
:	11/11/1968	11/11/1968
:	11/11/1968	11/11/1968
:	11/11/1968	11/11/1968
:	11/11/1968	11/11/1968

~~CONFIDENTIAL~~



Nome: JOSE WELLINGTON	Atend:	Leito: D2	Data: 02/08/17
-----------------------	--------	-----------	----------------

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

07:00	Permite acordado em eu leito, velando, com o consentimento
:	marcante, verbalizando de um lado, e um pouco
:	de outro, em voz de AVE em HSD, mas sem
:	12 DPO de linguagem estruturada, sem alteração
:	de letar no momento, me compunha de
:	permanência.
07:30	Autor o de jejum
08:00	Administração de lactante 0,2g + AD 20ml GL.
10:00	Autor o benche
10:50	Receber visita médica e alta
11:00	Realizado urina e retiro o dano, per.
:	usado o por de lúmen 2,5ml N37.0 + o de
:	até de gaze 2,5ml + 01 chodas estruturadas
:	de 10cm + 02 de lúmen de 30cm + lúmen
:	me equivoque + 30cm de lúmen de 30cm
11:45	Realizado RX CD anexa ao prontuário
12:00	Autor dieta líquida
12:30	Sau de alta hospitalar e família

Aux. Enfermagem
COREN-SE: 148378



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



NOME: <u>José Wellington F. Silva</u> Idade: <u>52</u>		Prontuário:		Data: <u>01/08/2019</u>	
Diagnóstico: <u>DPO Atropatia traqueotômica</u>		Dia de Internação:		Enfermaria: <u>ALA A</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. () Fem.		Leito: <u>D2</u>	
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/>	Local:	PA: _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO2: _____ %	
Cateter Central:	Local:	T: _____ °C	R: _____ mrpm	Peso: _____ Kg	
Cateter Vesical:	Local:	SNG () SOG () SNE ()	SOE ()	GTT ()	
HISTÓRIA PREGRESSA:		Glicemia capilar- _____ mg/dl			
QUEIXA PRINCIPAL:					
Alergias:					
Medicação em uso: <u>Prontuário</u>					
SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado () Desorientado			() SNG/ SOG () SNE/ SOE () GTT () NPT		
() Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado			() Êmese () Diarreia () Melena () Constipação () Colostomia		
() Reage a estímulos () Não reage a estímulos			() Ileostomia		
PUPILAS			Ruídos Hidroaéreos: <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO		
() Mióticas () Midríáticas <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagentes			REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR		
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas			() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Choque		
REGULAÇÃO TÉRMICA			() Pulso <input checked="" type="checkbox"/> Rítmico () Aritímico () Filiforme () Cheio		
Hipotérmico T - _____ °C Subfebril T - _____ °C			<input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Choque		
Afebril T - _____ °C Febril T - _____ °C			<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico		
OXIGENAÇÃO			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico () Bradipneico () Taquipneico			() Plano <input checked="" type="checkbox"/> Flácido <input checked="" type="checkbox"/> Globoso () Distendido () Dor a palpação		
() Dispneico Oxigenoterapia: () sim () não					
() Masc. Venturi () Masc. Hudson () Cateter Oxiq.			GENITÁLIA		
PELE			() Dermatite () Processo Infeccioso () Outros		
Cianótica ()	Anictérica <input checked="" type="checkbox"/>	Normocorada <input checked="" type="checkbox"/>	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Acianótica <input checked="" type="checkbox"/>	Ictérica ()	Hipocorada ()	() Fralda () SVA () SVD <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea		
ULCERA POR COMPRESSÃO () SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			() Hematúria () Polaciúria () Oligúria () Anúria		
GRAUS: () I () II () III () IV			() Disúria () Colúria () Piúria		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			PRESCRIÇÃO DIÁRIA DE ENFERMAGEM		
() Ansiedade relacionada à procedimento Cirúrgico evidenciado por agitação e preocupação.			<input checked="" type="checkbox"/> Aferir e Registrar Sinais Vitais de 8/8 horas.		
() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades.			<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar o estado de consciência do paciente.		
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirúrgica E evidenciada por fácies de dor/sofrimento.			<input checked="" type="checkbox"/> Estimular atividades recreativas/deambulação.		
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força Insuficiente para movimentar-se evidenciada por Cirurgia.			() Manter cabeceira Elevada.		
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no Esfíncter urinário evidenciado por presença de Globo vesical e dor			() Verificar Saturação de O2. Hor. - _____		
() Risco de infecção relacionado à dispositivos Invasivos evidenciado por sinais flogísticos.			() Observar e anotar características da dor.		
() Náusea relacionada à período pós operatório			() Administrar analgésicos conforme prescrição médica		
			() Realizar mudança de decúbito. Hor. - _____		
			() Observar e anotar edemas.		
			() Preparar material para cateterismo vesical.		
			() Aplicar compressas mornas. Hor. - _____		
			() Aplicar compressas frias. Hor. - _____		
			() Observar sinais da pele se há rubor ou calor		
			() Verificar temperatura axilar. Hor. - _____		
			<input checked="" type="checkbox"/> Comunicar reflexos de náusea e êmese.		
			<input checked="" type="checkbox"/> Registrar características da êmese		
			() Manter cabeceira elevada a 180°.		
			<input checked="" type="checkbox"/> Observar e anotar padrão respiratório.		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Jose Wellington Ferreira
PROCEDÊNCIA: Residência IDADE: 52c 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: (A) Jejum a partir: HORÁRIO _____ e DATA: _____/_____/_____ () Punção venosa periférica
Retirado prótese e adorno: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóia () Grampos () Outros: _____
Alergia conhecida: (X) NÃO () SIM Qual (is): _____
Hábito de vida: Tabagista (X) NÃO () SIM, quanto tempo: _____ Etilista: (X) NÃO () SIM, tempo: _____
Passado cirúrgico: () NÃO (X) 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 O₂ _____ l/min () Máscara O₂ - 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 peritônioal
() Dreno penrose () Dreno Torácico

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

Horário: 07:15 hrs.
(X) Ansioso () Agitado () Coma (X) Consciente () Desorientado () Medo (X) Orientado () Sedado () Sonolento
Sinais vitais / FR: _____ rpm SpO₂: _____ % Pulso: _____ bpm Pani: _____ / _____ mmhg Temp: _____ °C
Dor? () NÃO () SIM, intensidade 0-10: _____ Localização: _____

Paciente em sala de espera, aguardando início dos procedimentos anestésicos cirúrgicos
Assinatura: Dayana da Silva Santos
COFEN 58123 Enfermeira

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

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

SERVIÇO DE APOIO

Hemotransmissão em SO: () SIM (X) NÃO
() 1° infusão: Volume _____ hora: _____
() 2° infusão: Volume _____ hora: _____
() 3° infusão: Volume _____ hora: _____
Anátomo patológico: () SIM (X) NÃO
() Peça cirúrgica: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Proposto: _____ Realizado: Antônio
Horário (procedimento cirúrgico): _____ : _____ hrs e T: 12:15
Monitorização:
(X) ECG (X) Oximetria (X) PANI () Pressão invasiva:
Técnicas anestésicas:
(X) Geral venosa () Geral inalatória () Geral combinada
() Peridural com cateter () Peridural sem cateter (X) Bloqueio
() Raquianestesia () Sedação () Local
Posição cirúrgica
(X) Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E
() Outras: _____
Local da placa dispersiva: Antitrombotico Deserto
Incisão cirúrgica (local): Abd. Sup
Curativo (tipo e local): Simplex

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ocorrências e intercorrências)

Horário de entrada na SO: _____ : _____ hrs Horário de encaminhamento para SRPA: _____ : _____ hrs

Sem intercorrências.

Assinatura: Simone
61724.248

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome: Jose Wenceslau F. Costa Data: 02/08/19
Convênio:

Peça para Biópsia: FT DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Antite P. H. (C)

EQUIPE MÉDICA: Dr. Alex F. Costa CIRURGIA PROPOSTA: Antite P. H. (C)

Anestesiologista: Dr. César DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O H. H.

1º Auxiliar: Dr. He. M. M. CIRURGIA REALIZADA: A P. H.

2º Auxiliar: Dr. He. M. M. ANESTESIA: Bloqueio + O. H.

Instrumentador: MAIORE ANESTESIA: Bloqueio + O. H.

DESCRIÇÃO

01. Incisão de P. H. (C)
02. Exatidão do P. H. (C)
03. Dissecção + proteção do P. H. (C)
04. Cauterização das superfícies
05. M. H.
06. M. H. da P. H.
07. Fixação da P. H.
08. Cobertura de G. H. (C)
09. G. H. (C)
10. H. H.
11. G. H.
12. Fechamento das P. H.
13. Cauterização + T. H.

Obs: Foram controlados os pontos
12 pontos de sutura

FIOS UTILIZADOS

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.
Outos	() und.
	() und.
	() und.

Dr. Alex F. Costa
Cirurgião de Mão
CRM 1841

Nº Atend.: 1175844

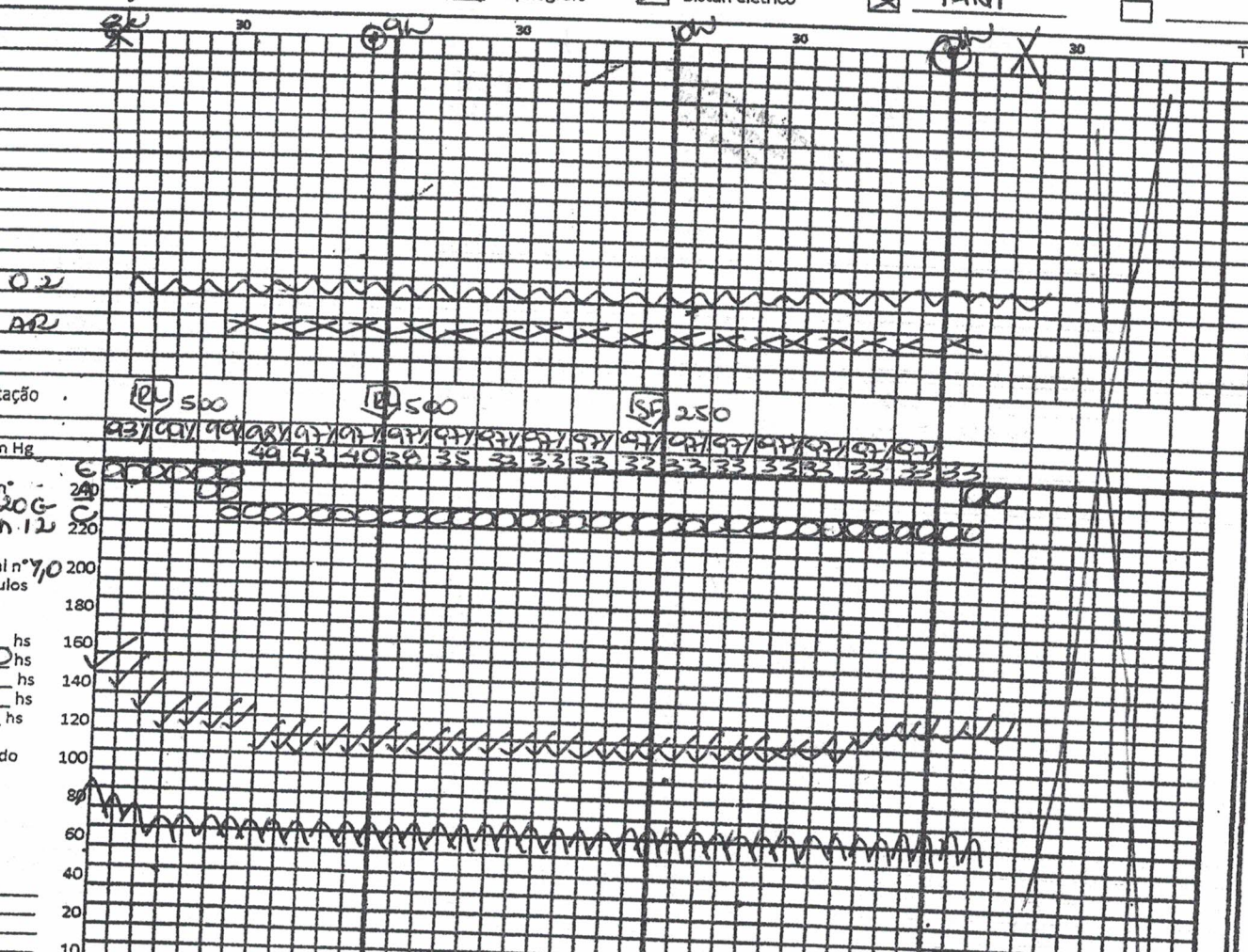
Risco: ASA IL

Códigos cirúrgicos:

Instrumentador(a):

C = Ringer lactato 500 ml

☒ PANI



- 1) Checagem de grãos, apalpação e materiais
- 2) CCC, PANI, SPO₂ + Vencense em MSD
- 3) O₂ sob CK 3 l/min
- 4) Fentanil 100 mcg (iv)
- 5) Plex. de plex braquial (E)
tra supraclavicular, dgo,
peri vascular por perda da
resistência e diástase 1,5%
20 ml q/vsc + Bloqueio de

pele no braquial Av. João Ribeiro, 84
via axilar cl lidocaína 1/5%
50ml + neocaina 0,3% 25ml
cl VSC.

6) Midazolam 3mg (iv)

v) Pcti apresenta falha do blog.

BPB + gual
venosa

8) p. 100% / Telefone: (79) 2105-1000 / Aracaju - SE

8) O_2 100%. sob máscara 13) $100\% + 100\%$ e tot 4,0 e cuff

9) Fentanyl 150 mcg (IV)

14) $O_2 + C \rightarrow CO + CO_2$

10) Propofol: 200 mg (N)

18) Cytoplast 20 (N)

11) Succinic CoA (IV)

19) Dexametazona 10mg (V)

12) Chlortacurio 10mg (IV)

20) Clonidina 75mg (V) -b

Kete Moura Lemos
Anestesiologista
CRM/SE 5649

Anestesiologista



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

Jose Wellington Feitosa

CONVÊNIO

Sus

DATA

01/08/18

Nº ATENDIMENTO

1175844

SO

Sede: 01

CIRURGIÃO /

Dr. Alex

ANESTESISTA

Dra. Kelly

CIRCULANTE

Tec. Simone

APARELHOS

QTD / HORA

Aspirador	- 30 min
Bisturi elétrico	- 2:00 h
Capnógrafo	- 2:30 h
Carro de Anestesia	- 2:30 h
Microscópio	
Monitor Cardíaco	- 2:30 h
Oxímetro de Pulso	- 2:30 h
Videofotofixo	-

GASES

QTD / HORA

Ar Comprimido	-
Oxigênio 2 fls/min	- 2:30 h
Protóxido	
Vácuo	- 30 min

EXAMES

QTD / HORA

Anátomo Patológico	
Raio X	
Eletrcardiograma	

PROCEDIMENTOS

QTD / HORA

Cateterismo Vesical	
Curativo Cirúrgico	01
Punção de Subclávia	
Sondagem Nasogástrica	
Tricotomia	

MATERIAIS

QUANTIDADE

Abaixador De Língua	
Agulha Descartável N° 40x12 (K) 30x8	04 = 03
Ag. Desc. panest Peridural	
Ag. Desc. panest. raqui n° (K)	
Algodão Ortopédico 10x10cm	01
Atadura Crepon 15 cm	04
Esporte Descartável Oesof San	02
Cateter Duplo J 6 X 26 Unid	
Cateter Gelco n° 20 (K)	01
Cateter Poxigenio n° (K)	
Cateter Poxigenio Tp Oculos (K)	01
Catgut Cromado c/ag	
Catgut Simples c/ag	
Clorexidina 0,2% Sol. Aquosa 100ml	01 frasco
Coletor De Sistema Aberto	
Coletor De Sistema Fechado (K)	
Conexao C2vias (K)	01
Dreno De Penrose N° Super 3.2	01

MATERIAIS (continuação)

QUANTIDADE

Dreno Penrose N°	
Eletrodo Desc. adult (K)	05
Equipo Macrogotas c/ Injetor (K)	01
Equipo Macrogotas s/ Injetor	
Escova Povidet Pvpi (K)	04 + 01 p/deg
Esparadrapo 600 Cm (cm)	80 cm
Eter 500 MI (ml)	
Fio De Algodão Cag	
Fio Mononylon 3- Cag N°	03
Fio Policryl Cag N°	
Fio Policot Cag N°	
Fio Polene Cag N°	
Fio Vicryl 2-0 Cag N°	02
Fita Micropore	
Gaze 7,5 X 7,5 (K) cr10	10
Gelfoan	
Humid Vent (K) Adulto	01
Lâmina de Bisturi N° 23 (K) 11	02 - 01
Luva Cirúrgica Estéril N° 7,0 (K)	04
Luva de Procedimento	
Serap N° bura 8,0	03
Seringa Desc. c/ Ag 1 ml (K)	
Seringa Desc. c/ Ag 3 ml	02
Seringa Desc. c/ Ag 5 ml (K)	04
Seringa Desc. c/ Ag 10 ml (K)	04
Seringa Desc. c/ Ag 20 ml (K)	07
Solução de PVPI Degermante	200 ml
Solução de PVPI Tintura	
Solução de PVPI Tintura Alcool	200 ml
Sonda Endotraqueal c/ Cuff 7,0 (K)	01
Sonda Endotraqueal s/ Cuff	
Sonda Nasogástrica N° (K)	
Sonda de Aspiração N° 14 (K)	01
Sonda de Folley 2 vias n°	
Sonda de Folley 3 vias n°	
Sonda Retral N°	
Sonda Uretral N°	
Torneirinha (K)	
Transofix (K)	01
Tubo Extensor P/oxigênio 2mts (K)	
Tubo P/aspiração E Drenagem 2mts (K)	02
Comp 6 44	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: Artroscopia de punho (E)	Data: 01/08/19
Anestesia: BPB (E) + Geral venosa	Hr. Entrada:

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

Paciente: Jose Wellington Feitosa
 Atendimento: 1175844 Sexo: M Idade: 52 Leito: 21617
 Data: 21/01/17 Hora: 11 Unidade: Emergência
 Diagnóstico Médico: Modicidade: () Eletiva () Urgência
 Cirurgia Proposta: Abopólio Transcistoc
 Cirurgia Realizada: 1

Cirurgião e auxiliares: M. Alex. Dr. Henrique
 Anestesiista: Dr. G. G. G. G.
 Téc./Aux. de enfermagem: Antônio
 Instrumentador: Antônio
 Lateralidade: () D () E () NA Vaga de UTI: () S () N Antibiótico Profilático: h Repetição: h
 Anátomo patológico: () S () N Se Sim: Identificado (nome/qtd de peças) () S () N

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO SOBRE O PACIENTE

	S	N	NA
Identificação do paciente	X		
Local do sítio cirúrgico	X		
Procedimento a ser realizado	X		
Consentimento informado realizado	X		
Sítio demarcado do lado correto			
<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo			
Checar o equipamento anestésico	X		
Monitorização adequada funcionando	X		
O paciente tem alguma alergia?			
Qual:			
Via aérea difícil/risco de broncoaspiração			
Há equipamento disponível?			
Há risco de perda sanguínea >500ml (7 ml/kg em crianças)	X		
Há acesso venoso e planejamento para reposição	X		
Chegar completa das medicações a serem utilizadas	X		
Jejum, se sim, hora de início	X		
Retiradas de próteses e adornos	X		

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA CONFIRMAR ITENS

	S	N	NA
Confirmar que todos os membros da equipe se presentem pelo nome e função	X		
CONFIRMAR VERBALMENTE			
Identificação do paciente	X		
Local do sítio cirúrgico	X		
Lateralidade do procedimento			
<input type="checkbox"/> Direito <input checked="" type="checkbox"/> Esquerdo			
Procedimento a ser realizado			

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS

	S	N	NA
Revisão do cirúrgico	X		
Há passos críticos ou inesperados	X		
Antibióticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min.	X		
Duração estimada	X		
Revisão do anestesiista	X		
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente	X		
Checkou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada	X		
Revisão da equipe de enfermagem	X		
Os materiais necessários como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização	X		
Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações	X		
Exames de imagem disponíveis	X		

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

	S	N	NA
Verbalmente com a equipe	X		
Nome do procedimento realizado	X		
A contagem de compressas, instrumentais cirúrgicos e agulhas estão completa	X		
Identificação e acondicionamento correto de material a ser encaminhado para análise patológica	X		
Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido	X		
Qual?			
O cirurgião, o anestesiista e a equipe de enfermagem revisam pontos importantes para a recuperação e o manejo do paciente	X		
Orientações dos cuidados com drenos e sondas	X		

Assinatura e carimbo do Cirurgião e Auxiliares

CRIMESE 1841

Assinatura e carimbo do Anestesiista

Keite Moura Lemos
 Anestesiologista
 CRM 1234

Assinatura e carimbo do Instrumentador

Tec. Simone
 e/724.248

Assinatura e carimbo do Téc./Aux. De Enfermagem

Tec. Simone
 e/724.248

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

Obs.: Paciente apresenta desidratação, distância estômago-boca < 12,5, abertura bucal pequena.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

11:10

Paciente admitido na SPPA acordado abril, supnito respondendo aos solicita-
ções verbais ainda sob efeito de anestesi-
co em uso de serotrapia + curativo M.E.
de enfraquecimento de atadura + dor de
sucos. SS MPP 340 x 80 mmHg P 73 bpm
SpO₂ 97%. Paciente segue em observação
da enfermagem e prontuário completo de
exames físicos e receita de tomal + paracetamol
R X.

11:15

paciente apresentando retenção urinária. Realizado sondagem de alívio conforme prescrição. Demais exames de rotina normais. Não portador de hiperplasia prostática. Sem alterações assintomáticas.

14.00

Prot. nublado, jto de SPPS, retirada
Orimeto conduzido pela promeira

CCREN-SE 515733-Entfernung

Josevaldo dos Santos Souza
COREN-SE 00075-13

[illegible]

EQUIPAMENTOS		INÍCIO	TÉRMINO
OXÍMETRO DE PULSO		11/10	
MONITOR CARDÍACO			

GASES		QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
O ₂	IGÊN O			

Ass. Enfermagem

Adilberto Santos
Téc. de enfermagem
COREN-SE 719.335

MEDICAMENTOS	QTD / HORA
Afrin Nasal Adulto 200 Gotas	
Agua Destilada 10 MI Ampola (K)	0.4 /
Aminofilina 0.24mg 10ml Ampola	
Ampicilina 1g Injetavel	
Antak 50 Mg Injetavel (K)	
Bicarbonato De Sodio 8.4% Ampola (K)	
Brometo Rocuronio 10mg/ml 5ml (K)	
Bupivacaina 0.5% Cvaso 20ml (K)	
Bupivacaina 0.5% Svaso 20ml (K)	
Bupivacaina Pesada 0.5% Ampola (K)	
Buscopan Composto 5ml Inj	
Cedilanide 0,2 Mg/ml Ampola	
Cefazolina 1g F/a (kefazol) (K)	0.2 /
Cetamina 50mg/ml 2ml (K)	
Cetoprofeno 100mg Iv Ampol (K)	
Clonidin 150mg /1ml (K)	0.1 /
Cloridrato de Dopamina 10ml Amp(K)	
Clorafenicol Colirio 200 Gotas	
Cloreto De Potassio 19.1% 10ml	
Cloreto De Sódio 20% Ampola	
Colirio Anestésico	
Decadron 2 Mg 1 MI	
Decadron 4 Mg 2,5 MI (K)	0.1 /
Diazepan 10 Mg / 2ml Ampola (K)	
Difenidrin 50mg/ 1ml Ampola (K)	
Dimorf 0.2 Mg / 1ml Ampola (K)	
Dimorf 1 Mg / MI Ampola 2ml (K)	
Dimorf 10 Mg / 1ml Ampola (K)	
Dipirona 2ml Ampola (K)	0.3 /
Diprivan 200 Mg Ampola	
Dolantina 100 Mg Ampola	
Dormonid 15 Mg Ampola	0.1 /
Dormonid 5 Mg Ampola	
Efortil 10 Mg Ampol (K)	
Efrinalin 1mg/ml (Adrenalina) (K)	
Etomidato 2 Mg / MI Ampola (K)	
Fenergan Inj Ampol	
Fenitoina 5% Ampola 5 MI (K)	0.1
Fentanil Ampola 2 MI (K)	
Fentanila Amp 5ml (K)	
Furosemida 2 MI 10 Mg/ml	
Gentamicina	
Glicose 25% 10ml Ampol (K)	
Glicose 50% 10ml Ampola (K)	
Gluconato De Calcio 10% Ampola (K)	
Halotano 100 MI	
Heparina 5000 Ui 5ml (K)	
Hidrocortizona	
Hipoglos 45 Gramas	
Isoforine 100 MI	
Keflin 1 Gr Injetavel	
Ketalar Ampola 10ml (ml) Ketalar	0.1 /
Lasix Injetavel (K)	
Megapen 10 milhões	
Megapen 1milhão	
Megapen 5 milhões	

MEDICAMENTOS (continuação)	QTD / HORA
Metoclopramida Amp 10mg/2 MI (K)	
Metronidazol	
Midazolam 5 Mg Ampola (K)	
Monocordil Inj. 10mg (K)	
Narcan Ampola	
Nauseadron 4 Mg / 2ml Ampola (K)	
Nimbium 5mg/ml Ampola (K)	
Novalgina	
Pancuron Ampola	
Profenid IM	
Profenid IV	0.1 /
Propofol 1% 10mg/ml Amp 20ml (K)	0.4 /
Prostiguimine 0.5 Mg/ml Ampola (K)	0.1 /
Quelicin/Succinil Colin 100 Mg	
Quelicin/Succinil Colin 500 Mg	
Revivan/Cloridrato De Dopamina	
Ringer c/ Lactato 500ml (K)	0.4 /
Solu Cortef 100 Mg Ampol 2 MI (K)	
Solu Cortef 500 Mg Ampola (K)	
Solução de Manitol	
Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	
Soro Fisiológico 0,9% 100ml	0.2 /
Soro Fisiológico 0,9% 2000ml	
Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
Soro Fisiológico 0,9% 500ml (K)	
Soro Glicó-Fisiológico 500ml	
Soro Glicosado 5% 100 ml	
Soro Glicosado 5% 250 ml	
Soro Glicosado 5% 500 ml(K)	
Succinil Colin 100 Mg Ampol (K)	
Sulfato De Atropina 0.25mg Amp (K)	0.6 /
Sulfentanila 50mcg/ml 5ml (K)	
Tiopental Sodico 1gr Ampola	
Tramal 100 Mg Ampola (K)	
Tramal 50 Mg Ampola (K)	
Transamin	
Ultiva 2 Mg. Inj. Fa (K)	
Xylestesin 1% C/ Adrenalina	0.2 /
Xylestesin 1% S/ Adrenalina	0.1 /
Xylestesin 10% Spray	
Xylestesin 2% S/vaso Frasc 20ml (K)	0.1 /
Xylestesin 2% C/vaso Frasc 20ml (K)	
Xylestesin 2% S/vaso Ampola 5ml (K)	
Xylestesin Geléia	
Vitagemina	2.00 hs
Vit	0.1 /
Equipo de bomba	0.1 /
Malha Tubular	0.2 /
Faixa de Esmec	0.1 /
ASSINATURA E CARIMBO CASO EXISTA HEMOTERAPIA OU OPME Presença do RX e intensificação de imagem	

cont.

- 21) Clotamina 25mg (IV)
- 22) Propofol em Bic (IV)
- 23) Zircrona 3g (IV)
- 24) Citepreno 100mg (IV)
- 25) Atropina 1mg (IV)
- 26) Neostigmina 2mg (IV)
- 27) AVAS + GOT

A SRPA .



Keite Moura Lemos
Anestesiologista
CRM/SE 5549

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

DISPOSITIVOS EM USO

- () Cateter O₂ ____ l/min () Máscara O₂ - 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 peritônioal
 () Dreno penrose () Dreno Torácico

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

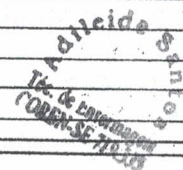
REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na admissão da SRPA)

Horário: 11:00 hrs.

Dor? (✓) NÃO () SIM, intensidade 0-10: ____ Localização: ____

Paciente na SRPA acordado, apneúrico, expulsa 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							
	Dispneia 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)

Hora

Registro de Enfermagem

06:00 Admissão medicaos com ferida
: malheco Glucos estom qub
: renovo do sorb.

Regina S. Santos
COREN-SE 32 1131-AB

Hora	Registro de Enfermagem
11:00	<p>Prontuário completo e atualizado. Presença do enfermeiro Sae para avaliação do paciente, check list, pedido do RX, receita. Paciente Simone 4724-248.</p> <p>Durante o ato de enfermagem foi administrado o Dipirona, Decadron, Clonidina, Keftol 2g, Dorflex. Paciente Simone.</p>
13:30	<p>Paciente admitido na SREPA acordado, afébril, eufórico respondendo às solicitações verbais ainda sob efeito de medicação em uso de sedoterapia + curativos MSE e entossamento de atadura + dreno de sucção.</p> <p>SSVPA 140x80 mmHg P73 bpm SpO2 97%.</p> <p>Paciente segue em observação da enfermagem.</p> <p>Prontuário completo + exames exames e rec. de trans. + pedido RX.</p>
14:15	<p>Paciente apresentando retenção urinária. Realizado sondagem de alívio conforme prescrição médica. Utilizado 01 parâmetro de gaze simples, 30g de vaselina gel e 30ml de água. Drenado 600ml de diurese hematuria. Pte. de todos de higiene protética. Montado técnica asséptica.</p> <p>Pac. recebeu alta da SREPA, retirado o soro e condizido a enfermagem em uso de sedoterapia + dreno no local cirúrgico. Prontuário completo.</p>
14:50	<p>Paciente admitido neste setor Ala A, presidente do C.C. aos cuidados de Dr. Alex Franco de Carvalho, paciente afébril, eufórico, acordado, consciente e orientado, verbaliza comunicação, oximétrica, onictérica em uso de AVP em MSE. Quando sedoterapia + curativos em MSE + dreno de sucção, paciente segue em companhia de familiar e acompanhados da equipe de enfermagem. F. Carolina Vieira. Corren: 1311659.</p>
15:00	<p>Paciente recebeu a alta reportada pela SVD.</p>
16:20	<p>Administrado medicação. Prepend 100mg + 100ml SF via EV conforme prescrição médica. F. Carolina Vieira corren: 1311659.</p>
16:25	<p>Instalado SF 500ml conforme prescrição médica. F. Carolina Vieira corren: 1311659.</p>
18:35	<p>Aplicado os SSV do paciente e onictético no erúcto. Foi administrado dipirona 2ml + 12ml de A.D. EV conforme prescrição médica. F. Carolina Vieira corren: 1311659.</p>
18:57	<p>Encerramento plantão em intercorrência, paciente calmo, afébril, eufórico, normotensão, em uso de AVP em MSE.</p>



Hospital São José

Data: 12/08/2019

Hora: 15:11

Atendimento 1175844**Data** 01/08/2019 06:18**Nome** JOSE WELLINGTON FEITOSA**Convênio** Aih-sus**Solicitante:****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 Ilegível

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
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

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

Material:Sangue Total
Método:Automatizado

Referência

Eritograma:			
Hemácias	4,83	milh/mm ³	Homem: 4.50 a 6.00 milh/mm ³ Mulher: 4.00 a 5.40 milh/mm ³
Hemoglobina	14,50	g/dl	Homem: 13.00 a 18.00 g/dL Mulher: 12.00 a 16.40 g/dL
Hematócrito	43,50	%	Homem: 39 a 54% Mulher: 36 a 48%
V.C.M	90,06	fL	80 a 96 fL
H.C.M	30,02	g/dL	27 a 31 g/dL
C.H.C.M	33,33	g/dL	32 a 36 g/dL
Leucograma:			
Leucócitos Totais	5.000	mm ³	4.000 a 10.000 mm ³
Contagem diferencial: ...	%	/mm ³	
Neutrófilos:	40	2000	40 a 70 % 1.600 a 7.300
Eosinófilos	04	200	01 a 06 % 40 a 330
Linfócitos típicos	53	2650	20 a 45 % 800 a 4.500
Monócitos	03	150	02 a 10% 80 a 1000
Plaquetas:			
Contagem de Plaquetas:	201.000	mm ³	150.000 a 400.000 mm ³


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 físiopatológicos do Paciente, etc...



Hospital São José

Data: 01/08/2019

Hora: 06:40

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

PLAQUETAS, CONTAGEM DE - Data: 29/07/2019 07:15Material:-
Metodo:-**Referência****Resultado:**201.000 mm³150.000 - 400.000 mm³**TEMPO DE COAGULACAO - Data: 29/07/2019 07:15**Material:Sangue Total
Metodo:Lee White**Referência****Resultado:**

6,00 min,s

5:00 s 10:00 min

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

13 seg

11 à 14 seg.

Atividade de Protombina:

100 %

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 análise correta dos Resultados Depende da Correlação Clínico-Laboratorial, dos Aspectos Epidemiológicos, da Interação Medicamentosa em uso, dos Aspectos fiso-patológicos do Paciente, etc...



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

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

Material:Sangue
Metodo:Duke

Referência

Resultado:	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

Resultado:	29 seg	25 - 40 seg.
------------	--------	--------------

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 físiopatológicos do Paciente,etc...



Hospital São José

Data: 01/08/2019

Hora: 06:40

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

CREATININA - Data: 29/07/2019 07:15Material:Soro
Metodo:Jaffé Mod.

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

GLICOSE - Data: 29/07/2019 07:15Material:Soro
Metodo:Enzimático

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

UREIA - Data: 29/07/2019 07:15Material:Soro
Metodo: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 físiopatológicos do Paciente, etc...



HOSPITAL SÃO JOSÉ ATESTADO MÉDICO

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

(Ident. ou registro)

foi atendido(a) Centro cardiologico

(clínica ou serviço)

do Hosp. São José

no dia 01/08/19, às 09 horas, necessitando de 60 (por extenso)

(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID M125

Assinatura do paciente ou responsável

Local e data

Dreyzon S. Dannemann
Assinatura do Médico/Odontólogo
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

Laudo novo



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

JOSE WELLINGTON FEITOSA

Male

52 Years

OutpatientID: 1165599

ID: 11977

Room No.:

Request Department:

Diagnostic Information:

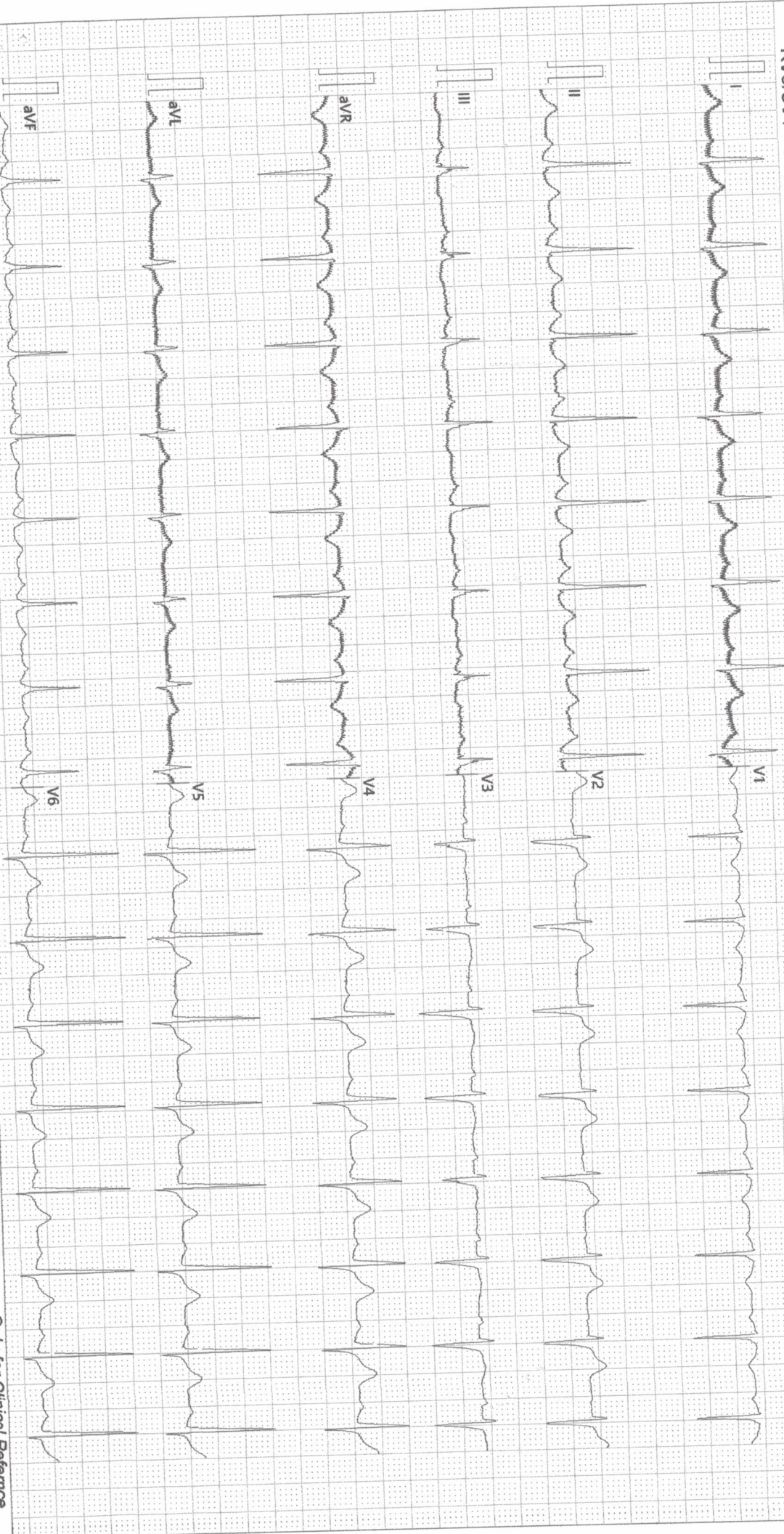
1. Ritmo sinusal
2. PtfV1 aumentado

HR : 97bpm
P : 119ms
PR : 169ms
QRS : 91ms
QT/QTc : 315/401ms
P/QRS/T : 62/59/22deg.
RV5/SV1 : 1.586/1.068mV

Report Confirmed By:

10mm/mV

25mm/s



SEMIP V1.90

Only for Clinical Reference



HOSPITAL SÃO JOSÉ

ATESTADO MÉDICO

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

Jonatan

Jose Wellington

89 7699-5576

(Ident. ou registro)

foi atendido(a)

Centro cirurgico

(clínica ou serviço)

do

Hosp. São José

no dia

01/03/19

às

09

horas, necessitando de

60

minutos

(por extenso)

dias de repouso, por motivo de doença.

CID

M25

Assinatura do paciente ou responsável

Jonatan 01/03/19

Local e data

Dheyzon S. Dannemann
Ortopedia e Traumatologia

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.

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

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. 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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
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 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 DANO LEVE 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 INTERMÉDIA E DO COLO À ESQUERDA

Descrição do exame físico: 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 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 PRONAÇÃO 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
Total			11,27 %	R\$ 1.521,45

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 INTERMÉDIA E DO COLO À ESQUERDA

Descrição do exame físico: 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 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 PRONAÇÃO 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
Total			11,27 %	R\$ 1.521,45

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 Reomolise

Solicito ^o cargo de perícia Médica
Eu, José Wellington Furtoga, soucio o pedido
de reomolise do meu processo, o qual
apreli jurei que me deixaram com sequelas
definitivas e o agravamento delas, como
consta no relatório em anexo, sendo assim
não concordo com a avaliação feita
pela peritagem e deixo a sua posição
por ser o trabalho por uma perícia
médica.

Contatos: (11) 9606-3112
9489-1177

José Furtoga 27.01.2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE WELLINGTON FEITOZA	
DOC. IDENTIDADE (ORG. EMITIDORA) 897699 SSP SE	CPF 422.502.429-34
DATA NASCIMENTO 02/06/1967	
FORMAÇÃO JOSE FEITORA DA SILVA MARIA DE LOURDES LEITE	
PERMISSÃO 2000000000	ACD 2000000000
CATEGORIA AB	Nº REGISTRO 06509818034
VALIDADE 22/12/2019	1ª EMISSÃO 20/11/2016
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Jose Wellington Feitoza</i>	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 21/11/2016
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Luz de Azevedo Costa Neto</i> LUZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE	25764521861 SE018742955
DETRAN - SE (SERGIPE)	

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1357731459

FÁBRICA PLÁSTICAS
 1357731459



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 Siqueira 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 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 1391)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

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

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

Dr. Max Franco do Carvalho
(CRM 2438)
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 Artroscoopia

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

Relatório Médico

José Wellington Feitoza, 51 anos, dirigiu uma motocicleta no dia 10/09/2018, quando caiu no pista de rolamento, após colidir com um carro.

Atendido pelo SAMU e conduzido ao UPA Walter Piva, foi diagnosticado fratura da extremidade distal do rádio e CID S52.5.

Optou-se por realizar tratamento conservador com imobilização por 30 dias.

Observação: Examinando a radiografia foi trazida nota-se que há também pseudo artrose do escápulo CID S62.1 (fratura antiga deste osso não consolidado), que o paciente não sabe informar.

Dr. Alisson Luís 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 / Ortopédias 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 1191)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marlúcio 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 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 Francisco 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 1776)
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 / Vídeo Artroscopia

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



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

nodo deste foto.

O orientado manifesta que, agora tem ciência, e não interesse de operar a lesão antiga, pois estou trabalhando 5/5 Santos.

A médica assistente informou que a fixação do rádio está curada, e com alte definitivo.

Apesar do bom tratamento, ficaram sequelas abaixo relacionadas:

- (a) Limitações do prono supinação do punho.
- (b) Limitação da flexão e extensão.
- (c) Edema residual.

Aracaju, 17/01/2019

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

DATA: 10 09, 18

Hora de entrada: 15 e 52

Nome: José Wellington Furtoso Cartão SUS: _____

Sexo: Masc () Fem () Data de Nascimento: 31/07/71 RG: 91.111.671

Nome da Mãe: _____ Tel. contato: _____

Nome da Mãe: _____
Endereço: 93.70, nº 56 Socorro

1. QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO :

CONFERE COM O ORIGINAL.

DATA 08/10/18

ASSINADO POR

2. ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim, Qual? Não

3. MEDICAÇÕES EM USO: _____

4. ANTECEDENTES 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

Paciente jovem de idade de 18 anos, 1m 65
de altura, peso 60kg, de cor branca, cabelos castanhos, olhos
verdes, pele clara, sem sinais de doença, sem sinais de
doença, sem sinais de doença, sem sinais de doença.

Reps. *Stegis mellescenton* *locinada* *contu* e *blan* *Recent*
Reps. *Stegis*
Reps. *Stegis*

ABC - NDI
P. lipo lipoma (-)
P. ciliae m. glicose dectos - glicose dectos
D. e colmo em grande quantidade
Lipoma dectos - P. ciliae, embolia - glicose dectos (-)

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM 55.5210

RUBRICA
ENFERMAGEM

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

A R d. Para Mr. Emerson's Generators - future -

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

FRATURA DO RTO

HORA : :

MÉDICO RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO MÉDICO

João Wellington Teixeira foi atendido
na URGÊNCIA em 10.09.18.
Tratado de acordo do protocolo.
Após Raio x e procedimentos necessários
foi liberado conforme exame
em seu prontuário

cul 707

03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira
Cirurgia Geral
CRM 2203

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

Dr. Alisson Luís 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 / Ortopédias 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 711)
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. Marluin 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 Rocha
(CRM 3592)
Traumatologia / Cirurgia do Joelho, Tornozelo e Pé

Dr. Masayuki Ishi
(CRM 1276)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscoopia / 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. Sílvia Maurício Mendonça Cardoso
(CRM 1277)
Ortopedia Geral / Medicina Desportiva Cirurgia do Joelho / Vídeo Artroscoopia

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



PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

Relatório Médico

O Sr. José Wellington Feitoso
51 anos de idade, piloto de uma
motocicleta em 10/09/2018, quando
colidiu com um carro e caiu na
pista de rolamento.
Atendido pelo SAMU e conduzido
ao UPA Nestor Pires, foi diagnosti-
cado: fratura da extremidade
distal do rádio E (CID S52.5).
Optou-se por tratamento conservador
com o membro gessado por 30 dias.
Observações: Examinando o rádio -

Dr. Masayuki Ishi
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

Dr. Artêmio Rocha Melo
(CRM 4163)
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 Ossea

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

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

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

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

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

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

grava trazida, verifica-se
que há também pseudo
artrose do escafoide. CID S62.0,
e o paciente não sabe dizer quando
este trauma ocorreu.

O orientado, manifesta que
não tem interesse de operar a
lesão antiga, pois trabalhava e
sentir dor, e o médico assistente
se referiu que a lesão recente
já está consolidada, e alta.

A pesar do bom tratamento, fi-
caram sequelas abaixo relacionadas.

Diminuições do prono supinação.

Dr. Masayuki Ishi
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

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

Dr. Daniel Bispo de Andrade
(CRM 1295)
Medicina Desportiva / Ortopédias 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 3391)
Ortopedia Geral / Cirurgia do Joelho

Dr. Marluccio 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 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 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 Artroscopia

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

② Limitação de flexão e extensão.

③ Edema residual

Aracaju, 12/03/2018

Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edileide dos Santos,
RG nº 3.028925.0 data de expedição 19/07/2001
Órgão SSP/SE portador do CPF nº 010.676.545 com
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João Ferreira Lima, nº 214
complemento condor, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE WELLINGTON FEITOZA, cujo o condutor era
JOSE 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/60100U>
Aracaju, 29/10/2018 10:04:37 19981
Daniela Santana de Carvalho - Escrevente Autorizada
Emol.:R\$7,13 Selos:R\$0,00 FERD:R\$1,43 Total:R\$8,56

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO - PIERETE
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 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/60100U>
Aracaju, 29/10/2018 10:18:22 23942
Daniela Santana de Carvalho - Escrevente Autorizada
Emol.:R\$7,13 Selos:R\$0,00 FERD:R\$1,43 Total:R\$8,56

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO - PIERETE
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 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.: N° 007.542.537



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.767.436

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



DESTAQUE AQUI

JOSE WELLINGTON FEITOSA

Roteiro: 06-001-700-5880

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

VENCIMENTO

28/10/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 236,77

MATRÍCULA

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 Luiz Bastos Paim, M.R.
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 08:20 Data/Hora Fim: 09/10/2018 09:47
Delegado de Polícia: Daniele 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

Lugradouro: Avenida Pedro Calazans

CEP: 49.010-490

Ponto de Referência: CRUZAMENTO OCEANO - LÁ PAREDE DO LADO MENCIONA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1229 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput do Código de Trânsito Brasileiro - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ WELLINGTON FEITOZA (VÍTIMA, 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 Leite

Nome do Pai: José Feitoza da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 897.390

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 422.502.425-34

Endereço

Município: Aracaju - SE

Lugradouro: R João F Lima

Nº: 214

Bairro: VENEZA 1

CEP: 49.092-530

Telefone: (79) 99997-6765 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

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	Categoria/Classe: 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Daniele Ramos Lima Barreto
Impresso por: Roberto Lima da Silva
Data de Impressão: 09/10/2018 09:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Nº: 017530/2018

Possuidor

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

(Attorney's Communicant):

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

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

Nº do sinistro ou ASL: 422.502.425.34 CPF da vítima: 422.502.425.34 Nome completo da vítima: Jose Wellington Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2012

Nome completo: Jose Wellington Ferreira CPF: 422.502.425.34
Profissão: Recuso Endereço: Rua João Ferreira Lima Número: 214 Complemento: Caba
Bairro: Olímpia Cidade: Joaquim Estado: SE CEP: 49092-530
E-mail: Tel (DDD): (71) 9606-3112/44891177

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

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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2448 CONTA: 00016880 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestabilização 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico e 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 acima citado, solicito o requerimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, estando ciente, desde já, que caberá ao IMI, de acordo com as regras da Seguradora Líder, a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: Vítima deixou par(s)/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Joaquim/SE 21 novembro 2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jose Wellington Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

2ª | 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 fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 INTERMÉDIA 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 DIMINUÍDO (+++/+5), AUMENTO DO VOLUME DA DIÁFISE INTERMÉDIA E DO COLO DO ÚMERO (CÁLOS 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 PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO E LEVE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO.

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

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

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

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

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) 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 ☒ (X) 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 Otacilio 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: 422.502.425.34 CPF da vítima: 422.502.425.34 Nome completo da vítima: Jose Wellington Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 845/2012

Nome completo: Jose Wellington Ferreira CPF: 422.502.425.34
 Profissão: Recuso Endereço: Rua João Ferreira Lima Número: 214 Complemento: Caba
 Bairro: Olímpia Cidade: Joaquim Estado: SE CEP: 49092-530
 E-mail: _____ Tel (DDD): (71) 9606-3112/44891177

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

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 - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2448 CONTA: 00016880 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/prestabilização 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico e 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 acima citado, solicito o requerimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, estando ciente, desde já, que caberá ao IMI, de acordo com as regras da Seguradora Líder, a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 6º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rescisão do direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Joaquim/SE 21 novembro 2018

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Jose Wellington Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | 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 fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

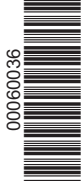
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2018

Titular do CPF: JOSE WELLINGTON
FEITOZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

JOSE WELLINGTON FEITOZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE WELLINGTON FEITOZA	
	DOC. IDENTIDADE (ORG. EMITIDORA) 897699 SSP SE
CPF 422.502.429-34	DATA NASCIMENTO 02/06/1967
FORMAÇÃO JOSE FEITORA DA SILVA MARIA DE LOURDES LEITE	
PERMISSÃO 2000000000	ACD 2000000000
CATEGORIA AB	
Nº REGISTRO 06509818034	VALIDADE 22/12/2019
	1ª EMISSÃO 20/11/2015
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Jose Wellington Feitoza</i>	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 21/11/2016
ASSINATURA DO DIRETOR <i>Luz de Azevedo Costa Neto</i> LUZ DE AZEVEDO COSTA NETO DIRETOR - PRESIDENTE	25764521861 SE018742955
DETRAN - SE (SERGIPE)	

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1357731459

FOLHA PLASTIFICADA
 1357731459



CAIXA

POUPANÇA



603689 0010 75145 8324

6036

JOSE WELLINGTON FEITOZA

10/24

2448 013 00016880-0

mastercard

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edileide dos Santos,
RG nº 3.028925.0 data de expedição 19/07/2001
Órgão SSP/SE portador do CPF nº 010.676.545 com
domicílio na cidade de Aracaju, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua João Ferreira Lima, nº 214
complemento condor, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE WELLINGTON FEITOZA, cujo o condutor era
JOSE 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/60100U>
Aracaju, 29/10/2018 10:04:37 19981
Daniela Santana de Carvalho - Escrevente Autorizada
Emol.:R\$7,13 Selos:R\$0,00 FERD:R\$1,43 Total:R\$8,56

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO - PIERETE
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/60100U>
Aracaju, 29/10/2018 10:18:22 23942
Daniela Santana de Carvalho - Escrevente Autorizada
Emol.:R\$7,13 Selos:R\$0,00 FERD:R\$1,43 Total:R\$8,56

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO - PIERETE
RUA LAGARTO, 1332 - SÃO JOSÉ - ARACAJU - SE - CEP 49.010-390 - TEL: 79 3214.3397

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Dr. NESTOR PIVA



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 10/09/18

Identificação do Paciente

Hora de entrada: 15 e 52

Nome: José Wellington Feitosa Cartão SUS: _____

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

Nome da Mãe: _____ Tel. contato: 96814526

Endereço: R. 70, nº 56 Socorro

I - AVALIAÇÃO POR TRIAGEM - PREENCHIMENTO PELO PROFISSIONAL - ENFERMAGEM

1. QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO:

UPA DR. NESTOR PIVA
CONFERE COM O ORIGINAL

2. ALERGIA: () Não () Sim, Qual? _____

DATA 05/10/18

ASSINATURA

3. MEDICAÇÕES EM USO: _____

4. ANTECEDENTES 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 vítima de queda de motocicleta em 11/08/18, apresentando dor no local de impacto, com limitação de movimento. Não há ferimentos visíveis, apenas hematoma no local de impacto. Paciente em boas condições, sem sinais de trauma. Foi encaminhado para tratamento sintomático e observação.

EXAME FÍSICO

ABC - NDI
P. 1 - 120 bpm, 120/80 mmHg, 20°C, saturação 98% em ar ambiente.
P. 2 - 120 bpm, 120/80 mmHg, 20°C, saturação 98% em ar ambiente.
P. 3 - 120 bpm, 120/80 mmHg, 20°C, saturação 98% em ar ambiente.
P. 4 - 120 bpm, 120/80 mmHg, 20°C, saturação 98% em ar ambiente.

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM 5210

RUBRICA
ENFERMAGEM

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

A R. d. por por Encomenda e posturas de
Cobelo

Dr. Marcus Gonçalves
Cirurgião Geral
CRM-SE 5210

SISTEMA DO RÁDIO

HORA : :

MÉDICO RESPONSÁVEL



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

RELATÓRIO MÉDICO

João Wellington Teixeira foi atendido
na URGÊNCIA em 10.09.18.
Tratado de acordo do protocolo.
Após Raio x e procedimentos necessários
foi liberado conforme exame
em seu prontuário

cul 707

03/10/18

Dr. Esdras Fagundes Ferreira
Cirurgia Geral
CRM 2203

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