

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: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 00000062482-9

Nr. da Autenticação 9E35CC33CE04706D

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: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 00000062482-9

Nr. da Autenticação 705E2A952A6E01B4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundário de conta.

Muito obrigado por escolher a Energisa para sua iluminação. Número da Conta: N° 017.588.645



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA

Rua Min Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa

Aracaju / SE - CEP 49040-150

CNPJ 13.017.462/0001-43 Insc.Est. 270.787.436

DADOS DO CLIENTE

EDSON DOS SANTOS PEREIRA
RUA COQUEIRAL ESTRELA DO ORIENTE S/N
ARACAJU

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/807048-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	10/10/2019	23	17/10/2019	R\$ 18,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.039004 03290.190176 1 80450000001824

Pagador: EDSON DOS SANTOS PEREIRA CNPJ/CPF: 994.807.605-25

RUA COQUEIRAL ESTRELA DO ORIENTE S/N - PORTO DANTAS - ARACAJU / SE - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490390003290190	000807048201910	17/10/2019	R\$ 18,24	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA 13.017.462/0001-63

RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4





Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78

FAT: 39 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 16:46:15 H. de Triagem:

H. de Atendimento:

Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Sexo: M CNS: 702.5067.0369.8240

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

Profissional Triagem:

Pressão (mmHg): x Temperatura (°C): , Peso (Kg): , Altura (cm): ,

Pulsação Arterial /min Cintura: 0 cm P. Cefálico: 0 cm Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0 /min Quadril: 0 /min Glicemia: 0 mg/dl

Classificação de Risco: Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Atendimento de Consulta

Anamnese/Histórico da Doença

Ocasionalmente com dor lombar.

Alergias: N/A

Tratamento: Somente

Exame Físico:

ABCs: P: 120, T: 37, R: 15, S: 100. E: Dor lombar d/traumática
Nex: evanescente (migração de pulsos)
Pd: 8Wp. S: 100% S: 100%

Prescrição de Medicamentos:

Quantidade

/	/
/	/
/	/
/	/
/	/
/	/

Exames Solicitados:

(Rx fratura lombar)

CID Principal: T07

CID Secundária: _____

Saída do Atendimento: _____

Retorno (Dias): _____

Encaminhamentos: _____

*Marco Rogério Kröger Galo
Médico
CRM/SE: 993*

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Profissional

Paciente

1 mês Pós-fratura clavicular



Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78

FAT: 1 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 16:46:15 H. de Triagem:

H. de Atendimento: 17:05:36

Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Sexo: M CNS: 702.5067.0369.8240

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

Profissional Triagem: 10555 - MARCOS ROGERIO KROGER GALO

Pressão (mmHg): Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):

Pulsação Arterial /min Cintura: 0 cm P. Cefálico: 0 cm Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0 /min Quadril: 0 /min Glicemias: 0 mg/dl

Classificação de Risco: VERDE Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença

COLISÃO MOTO X CARRO HA UMA HORA. ALERGIAS NEGA. TRAZIDO PELO SAMU USE.

Exame Físico:

ABC=0; D= 15 PONTOS; E= DOR OMBRO D / ESCORIAÇÕES. NEGA EMESE / SINCOPE / CEFALEIA. SATO2=100%

CID Principal: T07

Saída do Atendimento: 32 - ALTA POR ORDEM MEDICA

10555 - MARCOS ROGERIO KROGER GALO
MEDICO CIRURGIAO GERAL - CRM: 1993 - SE

EDSON DOS SANTOS PEREIRA
Paciente

Prefeitura Municipal de Aracaju

FAT: 2 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 17:39:18 H. de Triagem:

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78
H. de Atendimento: 17:42:18

Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

na! Triagem: 10609 - FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS

(mmHg):

Temperatura (°C):

Peso (Kg):

Altura (cm):

Arterial

/min

Cintura: 0

cm

P. Cefálico: 0

cm

Sat. O2 %: 0

piratória: 0 /min

Quadril: 0

/min

Glicemias: 0

mg/dl

ação de Risco: VERDE

Setor: CLINICA ORTOPÉDICA

Atendimento:

e/Histórico da Doença

A TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO

LA CLAVÍCULA DIRITA SEM DESVIO

1 AMP IM

ipat: S420

Atendimento: 32 - ALTA POR ORDEM MEDICA

17.49

Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

9 - FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS
EDICO ORTOPEDISTA - CRM: 4003 - SE

EDSON DOS SANTOS PEREIRA
Paciente



HOSPITAL SÃO JOSÉ RECEITUÁRIO

Paciente: Eduardo dos Santos Pereira

Paciente Eduardo dos Santos Pereira portador da RG 1315570
entrou em evolução para escoamento de fratura de terço
médio de plântula direita mesta unidade. Vem na
próxime data realizar a primeira cirurgia pós operatória
(15/08). Encontra-se em acompanhamento intensivo
até a consolidação da fratura e reabilitação.

CIB: 542.7

Desta forma, não poderá realizar atividades laborais

Gómez M.S. Almeida
Médico
CRM-SE

Data: 23/07/99

Médico - CRM

Av. João Ribeiro, 846 – Santo Antônio – Telefax: (79) 2105-1000
Aracaju - Sergipe



D

Nome: EDSON DOS SANTOS PEREIRA Id. Pac.:
DATA: 20/06/2019 HORA: 07:46:37 Data Nasc.:
UPA - NESTOR PIVA

Conv.: SUS
Téc: LAELSON SILVA



CA!-----!
 ! HOSPITAL SAO JOSE ! Data: 03/07/2019 !
 ! ADMINISTRACAO DOS PACIENTES ! Hora: 11:17 !
 ! ! Pagina: 01 !-----!

PACIENTE

PRONT...: 139244 ATEND...: 1170216
 DATA....: 03/07/2019 HORA....: 11:11
 PACIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA
 RSP.INT.: EDNILSON MITCHELL DOS SANTOS CUNHA
 RG.....: 1315570 SSP CPF....: 99480760525
 SEXO....: Masculino E.CIVIL.:
 N.CAD....: 1436766
 NASC....: 06/06/1979 IDADE...: 40
 FILIACAO: EDSON ALVES PEREIRA
 MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA
 NATURAL: ARACAJU-SE NACIONAL: Brasileiro(a)
 PROF...:
 ENDERECO: RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEI, 227
 BAIRRO: Porto D'Antas
 CIDADE: Aracaju UF: Sergipe
 FONE...: 998785656/988645690

INTERNACAO

CONVENIO: AIH-SUS
 Cod. SIH-SUS702506703698240
 GUIA(S/N):
 CLINICA: Cirurgica
 MEDICO.: CARLOS MINORU SOYAMA KAKUDA
 LEITO...: ALA A/ENF A LEITO B1
 CID.: S427-Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata [escápula] e d

RESPONSAVEL

NOME....: EDSON DOS SANTOS PEREIRA
 PARENTESCO.: O MESMO
 EST.CIV.:
 NATURAL.: ARACAJU-SE
 NACIONA.: Brasileiro(a)
 CPF.....: 99480760525 RG.....: 1315570 SSP
 PROF....:

PERMANENCIA SUS

MAX.PERM: 0 MIN.PERM: 0

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

Exame entregue ao paciente de Rx.
 Proced. 03.07.2019

Ednilson S.R.

□e□

CA!-----!
 ! ! Hospital Sao Jose ! Data: 03/07/2019 !
 ! ! TERMO DE RESPONSABILIDADE ! Hora: 11:13 !
 ! ! ! Pagina: 01 !
 -----!

Paciente: EDSON DOS SANTOS PEREIRA
 End: RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEIRATEl: 998785656/988645690
 Natural: ARACAJU-SE Est.Civil:
 Profissao: Nasc.: 06/06/1979
 Responsavel: EDSON DOS SANTOS PEREIRA
 RG Resp.: 1315570 CPF Resp. 99480760525
 Parentesco: O MESMO Tel Resp. 998785656/988645690
 End.Resp. RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEIRAL
 Leito: LEITO A2
 Medico: CARLOS MINORU SOYAMA KAKUDA
 Convenio: AIH-SUS Matricula: 702506703698240
 Validade: GUIA

Termo de Responsabilidade

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

- Que a sobredita responsabilidade perdurara por todo o periodo de internacao e ate a alta medica, sendo de carater irrenunciavel e irretratavel;
- Que a sobredita responsabilidade subsiste, ainda que exista convenio e/ou cobertura por plano de saude, em relacao aos aspectos nao amparados, desde que comprovado o seu uso (por exemplo, diarias com acompanhantes, ar-condicionado, material consignado - orteses, proteses ou sinteses - anestesistas e instrumentadores);
- Que os medicos responsaveis pelo tratamento e internacao sao de livre escolha do paciente ou seu responsavel, nao havendo vinculacao entre os honorarios medicos e a conta de servicos hospitalares;
- Estar ciente de que o ato medico e de competencia e responsabilidade restrita ao profissional medico, nao havendo interferencia/responsabilidade nessa conduta por parte da Direcao do Hospital;
- Ter ciencia do Regulamento Interno do Hospital, obrigando-se a cumpri-lo estritamente;
- Que o Hospital Sao Jose nao possui qualquer responsabilidade por valores, objetos, ou quaisquer pertences, seja do paciente, seja do responsavel, ou de visitantes e acompanhantes deixados em suas dependencias;
- Ser inviabilizada a alteracao de internacao para o Sistema Unico de Saude (SUS) no curso da mesma, ou entre convenios e/ou planos de saude que acarretem prejuizo ao Hospital;
- Ser de logo autorizada a emissao de Nota Fiscal correspondente a prestacao do servico hospitalar, apos a 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 servicos prestados ate aquele momento, no qual estarao especificados o valor parcial dos servicos prestados, o vencimento e os encargos financeiros em caso de inadimplencia;

- Que o não 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 transcrita;
 - 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 encerrara-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.....: _____ RESPONSÁVEL.: _____
TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

10



Hospital S^o José

AV. João Ribeiro, 846 - Santo Antônio

CER: 49065-100 Aracaju / SE

PACIENTE: Alvaro Jose

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

Nº ATENDIMENTO:
LEITO

DATA: ~~04/04/17~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

卷之三

Eugenio S. Andrade
COREI-EL 723-107

CD: Older month -

61/50/150

614

190 mm. flap.

~~Dreyer und Dittmann
Operative Traumatologia
SOM-F 5461~~

CRM-SE 546A

Diretoria de Pneumologia
e Traumatologia
Otorreuma e Gastroenterologia
CRM-SE 5461



Hospital São José

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

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: Edson da Santa Atend: 1170216 Leito: A:2 Data: 03/09/19

Registro de Sinais Vitais

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

Registro de Enfermagem

14:55 Ubertido acce para o presidente do colo
de intromissão para lavo -ATO CIRURGICO
entra o trato metálico -
migra como ortotudo,
calmo, apreto, eugenio
orientado, consciente, por
vergardo, desorientado
do mal-estar deixa lavo
sem perfície pós operati- 03.07.12
va, daltado monitor oncológico
P: 83 Bpm, P: 148X83 mmHg D510 99%.

15:00 Início da anestesia com uso de furos end
trazido com cuff a 80+01 filtro burr
no nível +01 cunha 60 mm x 20 cm de
parafuso, intervalos parciais ortograde
vergido aberto com canudos.

15:20 Início da cirurgia.
Sem transoperatorio, no interior.
Opurdo 5500 P: 80 Bpm, P: 138X80 mmHg e
5% 99%.

Retirados os anelito e fogos
profund, de adren, difusos, crura-
lhe thoracal.

Hora	Registro de Enfermagem
16:30	realizadas infiltrações com uso de lidocaina com doses de 0,5ml em 10ml de hidroxido sódico injetado pelo enxerto. terminada a cirurgia, elevadas garras de proteção e seco com gaze. condutinhos para drenagem de exsudato e cistostomia impermeabilizados com molas de silicone e sutura e protetor do aspecto da fistula. tempo de cirurgia: 3h00minutos. tempo de anestesia: 1h30minutos. foi feita vigilância da pressão arterial e frequência cardíaca. peso: 76kg. altura: 118cm. massa corporal: 59,99kg. BIS: 76. SPO2: 99%. ECG: normal. COREN/SC: 00.015-1.
16:35	Policlínica adm. titula n.º 1R P0, ultradado, col. m19, PMS 100mmHg, 120bpm, saturação 98%, saturação de oxigênio: 98%. PMS: 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%. PMS: 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%.
18:00	policlínica adm. titula n.º 1R P0, ultradado, col. m19, PMS 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%. PMS: 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%.
18:35	policlínica adm. titula n.º 1R P0, ultradado, col. m19, PMS 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%. PMS: 100mmHg, 120bpm, saturação de oxigênio: 98%.
19:25	Paciente encaminhado P1 para enfermaria SI Guixa.
19:30	paciente retorna do P2 andar a enxertia de olho direito. Faz uso de soro fisiológico por via peritoneal.
20:00	desmontando medicamentos de rotina.
21:00	retira o lajeote e fluxo de urina.
21:10	desmontando medicamentos de rotina.
21:30	retira o enxerto de olho direito.
22:00	desmontando medicamentos de rotina.
00:00	retira quantitativo de guadre.
03:00	Volt desmontando SI e alternar.
06:00	desmontando medicamentos de rotina.
07:30	Volt quantitativo SI alternar, feito P2 volt quantitativo o guadre.



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

Serviço de Enfermagem - Registro Diário de Enfermagem - Internamento

Nome: Edson dos Santos Pereira Atend: 1170216 Leito: B1 Data: 04/07/19

Registro de Sinais Vitais

Hora	T (°C)	R (Mov. / Min.)	P (Mov. / Min.)	PA (mm / HG)	Assinatura
19:00	36.1°C	-	-	110x60	Alessandra
:					
:					
:					

Registro de Enfermagem

07:00 Paciente encontra-se no leito, consciente e orientado,
: suspirado, afibril, respirando espontaneamente com ar
: ambiente, suspendendo a solicitação de intubação. Em uso de
: BNP hidroclorato.

07:30 Bebem bem de jum cintado pelo SNO. CORENSE 1.3-3.005 TE

Partiu para o banho por aspergimento relata querer o
: banho somente em casa. CORAIS 323.005 TE

08:00 Administração medicamentosa de Honório: Propranolol (0150
: mg + O2 ser 3ml + equipo) conforme prescrição médica.

09:30 Bebem bem lanche oferecido pelo SNO.

10:00 Administração de medicamentos de Honório: Ronitidina
: (02AD+O2 ser 20 ml) conforme prescrição médica.

12:00 Apurado S.S.V, administrável medicamentos de Honó-
: rício: Dipirona (02AD + O2 ser 20 ml) conforme pres-
: crições médicas. Bebem bem almoco oferecido
: pela equipe de nutrição. Paciente permanece
: monitorado quadro em uso de BNP hidroclorato,
: seguindo os cuidados da equipe de enfermagem.

12:30 Paciente recebe visita médica, e o mesmo é liberado para alta hospitalar, nenhuma acompanhante.

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome: Edinei da Jandá Pernin		Data: 3/07/17 Convênio:																																																																																	
Peça para Biópsia	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>istme clavicular</i>																																																																																		
EQUIPE MÉDICA	CIRURGIA PROPOSTA: <i>reseq + fns fibra clavicular</i>																																																																																		
Cirurgião: Dr (c)	DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <i>o pms</i>																																																																																		
Anestesiologista: Dr Adalberto	CIRURGIA REALIZADA: <i>o pms</i>																																																																																		
1º Auxiliar: Dr Tiago	ANESTESIA: <i>gnd</i>																																																																																		
2º Auxiliar																																																																																			
Instrumentador: Sr Dribes																																																																																			
<p>DESCRIÇÃO</p> <p>1) Ressecção de dente clavicular</p> <p>2) Preparação hematica</p> <p>3) Infiltração de pva e vena na vena</p> <p>4) Incisão longitudinal sobre clavicular</p> <p>5) Desm体现 ao longo</p> <p>6) Localização de foice</p> <p>7) Ressecção de foice</p> <p>8) Fixação c/ Fic 3,0 mm. x 1</p> <p>9) Desligamento</p> <p>10) Fita r/ plástico</p> <p>11) Sutura</p> <p>12) T. pic</p> <p>13) Bif</p> <p style="text-align: right;"><i>gnd</i></p>																																																																																			
<p>FIOS UTILIZADOS</p> <table> <tbody> <tr><td>Catgut Crom</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Catgut Crom</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Catgut Crom</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Catgut Simpl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Catgut Simpl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Catgut Simpl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Monocryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Monocryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Monocryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Polycot</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Polycot</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Polycot</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Prolene</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Prolene</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Prolene</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Nylon</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Vicryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Vicryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Vicryl</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td>Otros</td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td></td><td>()</td><td>und.</td></tr> <tr><td></td><td>()</td><td>und.</td></tr> </tbody> </table>			Catgut Crom	()	und.	Catgut Crom	()	und.	Catgut Crom	()	und.	Catgut Simpl	()	und.	Catgut Simpl	()	und.	Catgut Simpl	()	und.	Monocryl	()	und.	Monocryl	()	und.	Monocryl	()	und.	Nylon	()	und.	Nylon	()	und.	Nylon	()	und.	Polycot	()	und.	Polycot	()	und.	Polycot	()	und.	Prolene	()	und.	Prolene	()	und.	Prolene	()	und.	Nylon	()	und.	Nylon	()	und.	Nylon	()	und.	Vicryl	()	und.	Vicryl	()	und.	Vicryl	()	und.	Otros	()	und.		()	und.		()	und.
Catgut Crom	()	und.																																																																																	
Catgut Crom	()	und.																																																																																	
Catgut Crom	()	und.																																																																																	
Catgut Simpl	()	und.																																																																																	
Catgut Simpl	()	und.																																																																																	
Catgut Simpl	()	und.																																																																																	
Monocryl	()	und.																																																																																	
Monocryl	()	und.																																																																																	
Monocryl	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Polycot	()	und.																																																																																	
Polycot	()	und.																																																																																	
Polycot	()	und.																																																																																	
Prolene	()	und.																																																																																	
Prolene	()	und.																																																																																	
Prolene	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Nylon	()	und.																																																																																	
Vicryl	()	und.																																																																																	
Vicryl	()	und.																																																																																	
Vicryl	()	und.																																																																																	
Otros	()	und.																																																																																	
	()	und.																																																																																	
	()	und.																																																																																	



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



Nome: <u>Tânia dos Prazeres</u>		Idade: <u>40</u>	Prontuário:	Data: <u>03 / 07 / 39</u>	
Diagnóstico:		Dia de Internação:		Enfermaria: <u>B1 BA6A</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS		Sexo: (<input type="checkbox"/>) Masc. (<input type="checkbox"/>) Fem.	Leito: <u>B1</u>		
Cateter Periférico:	Local:	PA: _____ mmHg	P: _____ bpm	SpO2: _____ %	
Cateter Central:	Local:	T: _____ °C	R: _____ mrpm		
Cateter Vesical:	Local:	SNG (<input type="checkbox"/>) SOG (<input type="checkbox"/>)	SNE (<input type="checkbox"/>)	SOE (<input type="checkbox"/>)	GTT (<input type="checkbox"/>)
HISTÓRIA PREGRESSA:		Glicemia capilar- mg/Dl			
QUEIXA PRINCIPAL:					
Alergias:					
Medicação em uso: <u>Vitamina C 1g</u>					
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA GASTROINTESTINAL			
(<input type="checkbox"/>) Consciente (<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Desorientado		(<input type="checkbox"/>) SNG/SOG (<input type="checkbox"/>) SNE/SOE (<input type="checkbox"/>) GTT (<input type="checkbox"/>) NPT			
(<input type="checkbox"/>) Sedado (<input type="checkbox"/>) Torporoso (<input type="checkbox"/>) Comatoso (<input type="checkbox"/>) Agitado		(<input type="checkbox"/>) Êmese (<input type="checkbox"/>) Diarreia (<input type="checkbox"/>) Melena (<input type="checkbox"/>) Constipação (<input type="checkbox"/>) Colostomia			
(<input type="checkbox"/>) Reage a estímulos (<input type="checkbox"/>) Não reage a estímulos		(<input type="checkbox"/>) Ileostomia			
PUPILAS		Ruidos Hidroaéreos: (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO			
(<input type="checkbox"/>) Mióticas (<input type="checkbox"/>) Midriáticas (<input type="checkbox"/>) Fotorreagentes		REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
(<input type="checkbox"/>) Não reagentes (<input type="checkbox"/>) Isocóricas (<input type="checkbox"/>) Anisocóricas		(<input type="checkbox"/>) Normotenso (<input type="checkbox"/>) Hipertenso (<input type="checkbox"/>) Hipotensão (<input type="checkbox"/>) Choque			
REGULAÇÃO TÉRMICA					
Hipotérmico T - _____ °C Subfebril T - _____ °C		(<input type="checkbox"/>) Normotenso (<input type="checkbox"/>) Hipertenso (<input type="checkbox"/>) Hipotensão (<input type="checkbox"/>) Choque			
Afebril T - _____ °C Febril T - _____ °C		(<input type="checkbox"/>) Normocardico (<input type="checkbox"/>) Taquicardico (<input type="checkbox"/>) Bradicardico			
OXIGENAÇÃO					
(<input type="checkbox"/>) Eupneico (<input type="checkbox"/>) Bradipneico (<input type="checkbox"/>) Taquipneico		(<input type="checkbox"/>) Plano (<input type="checkbox"/>) Flacido (<input type="checkbox"/>) Globoso (<input type="checkbox"/>) Distendido (<input type="checkbox"/>) Dor a palpação			
(<input type="checkbox"/>) Dispneico Oxigenoterapia: (<input type="checkbox"/>) sim (<input checked="" type="checkbox"/>) não					
(<input type="checkbox"/>) Masc. Venturi (<input type="checkbox"/>) Masc. Hudson (<input type="checkbox"/>) Cateter Oxig.		REGULAÇÃO ABDOMINAL			
GENITÁLIA					
PELE		(<input type="checkbox"/>) Dermatite (<input type="checkbox"/>) Processo Infeccioso (<input type="checkbox"/>) Outros			
Cianótica (<input type="checkbox"/>)	Anictérica (<input checked="" type="checkbox"/>)	Normocorada (<input type="checkbox"/>)	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Acianótica (<input checked="" type="checkbox"/>)	Ictérica (<input type="checkbox"/>)	Hipocorada (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Fralda (<input type="checkbox"/>) SVA (<input type="checkbox"/>) SVdN (<input type="checkbox"/>) Espontânea		
ULCERA POR COMPRESSÃO (<input type="checkbox"/>) SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO		(<input type="checkbox"/>) Hematuria (<input type="checkbox"/>) Polaciúria (<input type="checkbox"/>) Oligúria (<input type="checkbox"/>) Anúria			
GRAUS: (<input type="checkbox"/>) I (<input type="checkbox"/>) II (<input type="checkbox"/>) III (<input type="checkbox"/>) IV		(<input type="checkbox"/>) Disúria (<input type="checkbox"/>) Colúria (<input type="checkbox"/>) Piúria			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade relacionada à procedimento Cirúrgico evidenciado por agitação e preocupação.		PRESCRIÇÃO DIARIA DE ENFERMAGEM			
(<input type="checkbox"/>) Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades.		(<input type="checkbox"/>) Aferir e Registrar Sinais Vitais de 8/8 horas.			
(<input type="checkbox"/>) Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirúrgica E evidenciada por fáceis de dor/sofrimento.		(<input type="checkbox"/>) Observar e anotar o estado de consciência do paciente.			
(<input type="checkbox"/>) Mobilidade física prejudicada relacionada a força Insuficiente para movimentar-se evidenciada por Cirurgia.		(<input type="checkbox"/>) Estimular atividades recreativas/deambulação.			
(<input type="checkbox"/>) Retenção urinária relacionada à bloqueio no Esfíncter urinário evidenciado por presença de Globo vesical e dor		(<input type="checkbox"/>) Manter cabeceira Elevada.			
(<input type="checkbox"/>) Risco de infecção relacionado à dispositivos Invasivos evidenciado por sinais flogísticos.		(<input type="checkbox"/>) Verificar Saturação de O2. Hor. - _____			
(<input type="checkbox"/>) Náusea relacionada à período pós operatório		(<input type="checkbox"/>) Observar e anotar características da dor.			
		(<input type="checkbox"/>) Administrar analgésicos conforme prescrição médica			
		(<input type="checkbox"/>) Realizar mudança de decúbito. Hor. - _____			
		(<input type="checkbox"/>) Observar e anotar edemas.			
		(<input type="checkbox"/>) Preparar material para cateterismo vesical.			
		(<input type="checkbox"/>) Aplicar compressas mornas. Hor. - _____			
		(<input type="checkbox"/>) Aplicar compressas frias. Hor. - _____			
		(<input type="checkbox"/>) Observar sinais da pele se há rubor ou calor			
		(<input type="checkbox"/>) Verificar temperatura axilar. Hor. - _____			
		(<input type="checkbox"/>) Comunicar reflexos de náusea e êmese.			
		(<input type="checkbox"/>) Registrar características da êmese			
		(<input type="checkbox"/>) Manter cabeceira elevada a 180°.			
		(<input type="checkbox"/>) Observar e anotar padrão respiratório.			



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

Escala de Braden

LEGENDA:		11 Risco elevado	12 a 14 Risco médio	> 14 Risco baixo	Total:
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1.TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3. LEVEMENTE LIMITADO	4. NENHUMA LIMITAÇÃO	
UMIDADE	1.COMPLETAMENTE MOLHADA	2.MUITO MOLHADA	3.OCASIONALMENTE MOLHADA	4.RARAMENTE MOLHADA	
ATIVIDADE	1.ACAMADO	2.CONFINADO À CADEIRA	3.ANTA OCASIONALMENTE	4.ANTA FREQUENTEMENTE	
MOBILIDADE	1.TOTALMENTE IMÓVEL	2.BASTANTE LIMITADO	3.LEVEMENTE LIMITADO	4.NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES	
NUTRIÇÃO	1.MUITO POBRE	2.PROVAVELMENTE INADEQUADO	3.ADEQUADO	4.EXCELENTE	
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	1.PROBLEMA	2.PROBLEMA EM POTENCIAL	3.NENHUM PROBLEMA		

Paciente em POF de fratura de clavícula, calmo, orientado, respondendo às solicitações verbais, PEG. Tom uso de tipeira e A.V.P. Faitor de risco afetado. Realizado naix-x. Diversas exantemas presentes. Segue os encadeios de enfermagem e nome queixas.

09/07/19.

Paciente em 1º DPO reparo de clavícula direita, naix de alta desembulando, sem queixas, curativo limpo, diverso +, sem queixas, romacorato, acinóptico.

Enf Adrielle S. Andrade
COREN-SE 468.107

Larissa A. Lima
COREN-SE 507.774

Andrade

Assinatura e carimbo do enfermeiro(a)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Edson dos Santos Pereira

PROCEDÊNCIA: casa

MATRÍCULA: 1170 316

DATA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: 03/07/19

IDADE: 40

SEXO: MASC FEM.

CONVÊNIO: SOS

SETOR/LEITO: CC FAZ

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

Confirmar a solicitação: Reserva e Sangue: (SIM) (NÃO) Volume: _____ Vaga de UTI: (S) (N)

Preparo: (X) Jejum a partir: HORÁRIO 21:03 e DATA: 02/07/19 () 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: () NÃO (X) SIM, tempo: _____

Passado cirúrgico: (X) NÃO () SIM, qual (is): _____

Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () OUTROS: _____

Faz uso de medicamentos: (X) NÃO () SIM, qual (is): _____

DISPOSITIVOS EM USO

- () Cateter O² /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 peritoneal
 () Dreno penrose () Dreno Torácico

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

Horário: 13:10 hrs.

() Ansioso () Agitado () Coma (X) Consciente () Desorientado () Medo (X) Orientado () Sedado () Sonolento

Sinais vitais / FR: _____ rpm SpO²: _____ % Pulso: _____ bpm Pani: _____ / _____ mmhg Temp: _____ °C

Dor? (X) NÃO () SIM, intensidade 0-10: _____ Localização: _____

Paciente admitido na sala de espera, consciente, em pré-oxi, ver balizando, aguardando procedimentos anestésicos e cirúrgicos

Assinatura: *Assinatura de Enfermagem*
Téc. Enfermagem:
COREN-SE 999.51

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Cirurgião: *Artur Ribeiro*

Proposto: _____ Realizado: _____

Instrumentador: *Antônio*

Horário (procedimento cirúrgico): I : hrs e T: : hrs

Anestesiologista: *Lúcia*

Monitorização:

Circulante: *Leandro*

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

SERVIÇO DE APOIO

Técnicas anestésicas

Hemotransmissão em SO: () SIM (X) NÃO

() Geral venosa () Geral inalatória () Geral combinada

() Peridural com cateter () Peridural sem cateter () Bloqueio

() Raquianestesia () Sedação () Local

() 1º infusão: Volume _____ hora: _____

Posição cirúrgica

() 2º infusão: Volume _____ hora: _____

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

() 3º infusão: Volume _____ hora: _____

() Outras:

Anátomo patológico: () SIM (X) NÃO

Local da placa dispersiva: *MIB*

() Peça cirúrgica: _____

Incisão cirúrgica (local): *Gastrica e*

Curativo (tipo e local): *Scorps*

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ocorrências e intercorrências)

Horário de entrada na SO: _____ : _____ hrs

Horário de encaminhamento para SRPA: _____ : _____ hrs

Além da sua intercorrência

Assinatura: *Elisângela Bezerra Santos*
COREN-SE 10049-TE

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 _____ (Ortopédica (Cateter peritoneal
- (Dreno penrose (Dreno Torácico

Tempo	Horário	Sinais Vitais						
0	16:34 hr	FR _____ rpm	SpO ² <u>95</u> %	Pulso <u>84</u> bpm	PANI _____ / _____ 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: 16:34 hrs.

Dor? (NÃO (SIM, intensidade 0-10: _____ Localização: _____

*Paciente viável, colorido e satisfeito.
Nº 71.000, bto.*

Assinatura: *Tec. Ni. C. Galvão*

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

Horário: _____ : _____ hrs.

Assinatura: _____

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

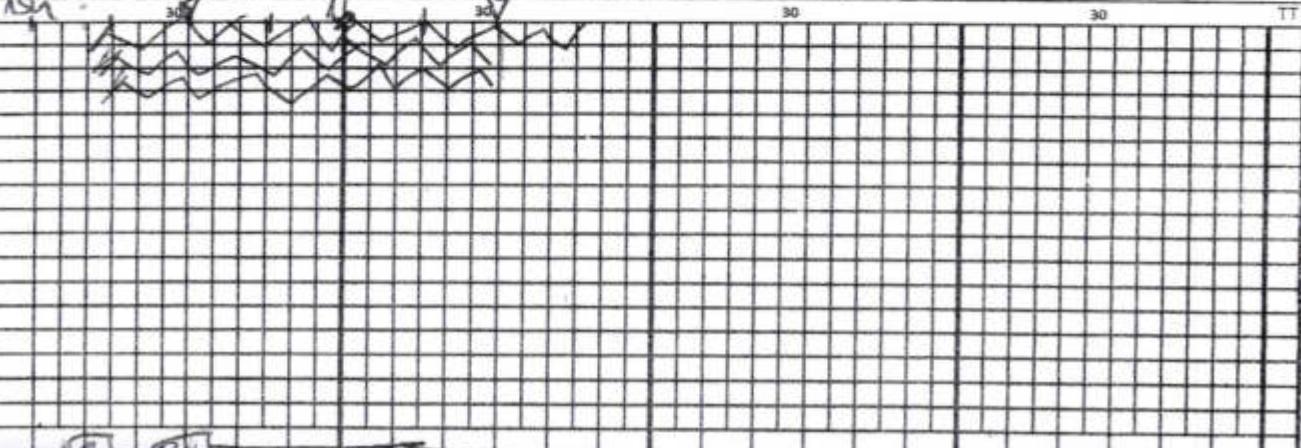
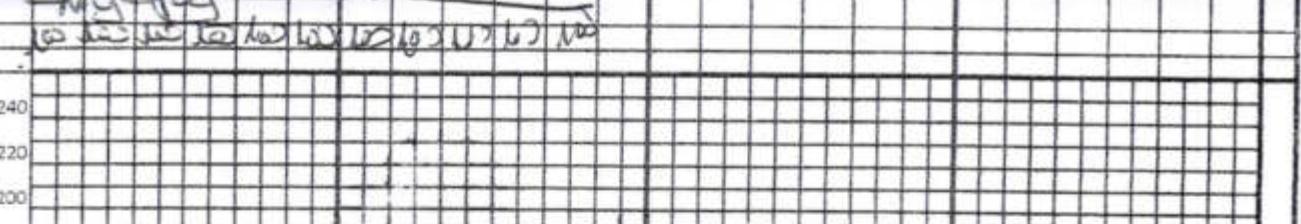
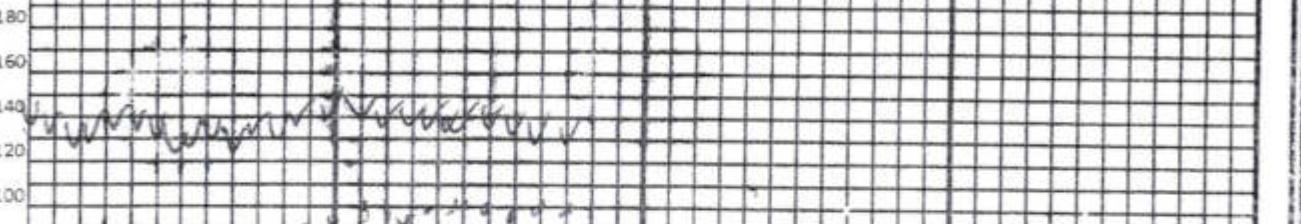
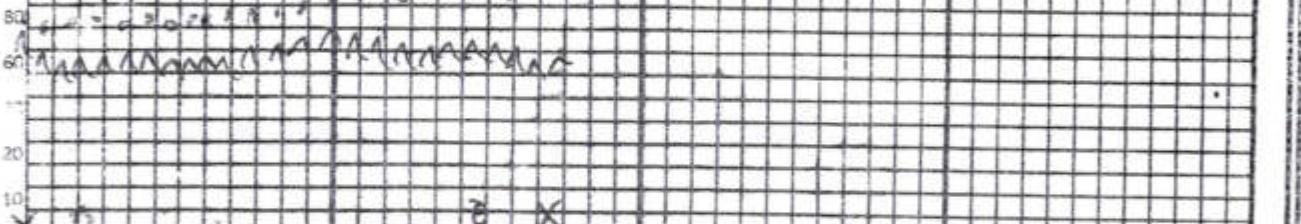
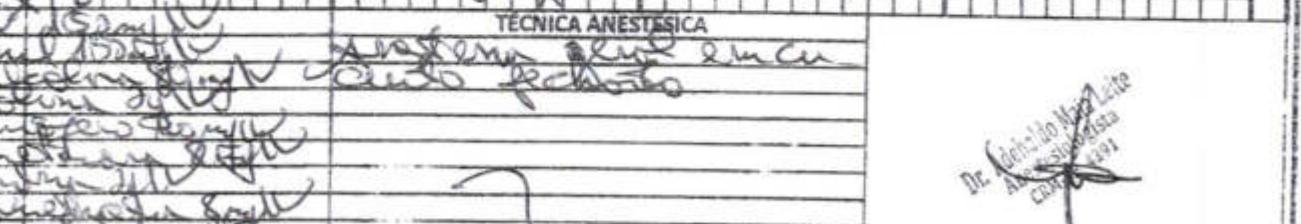
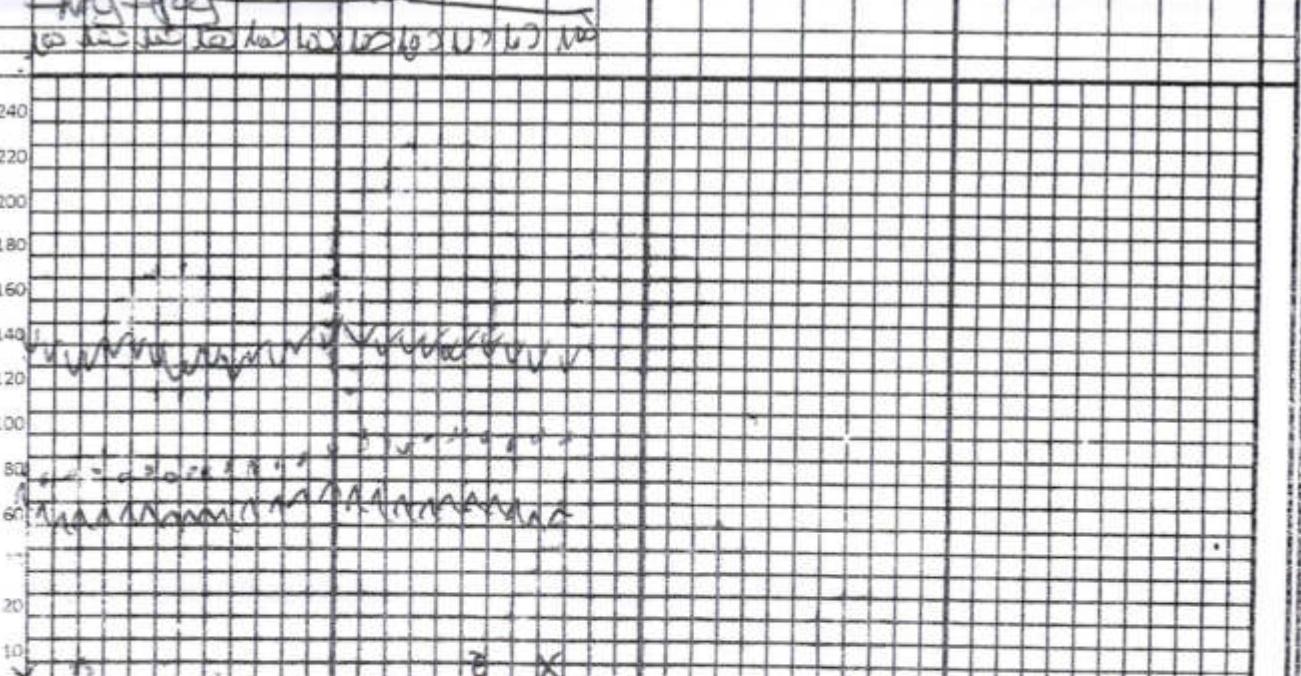
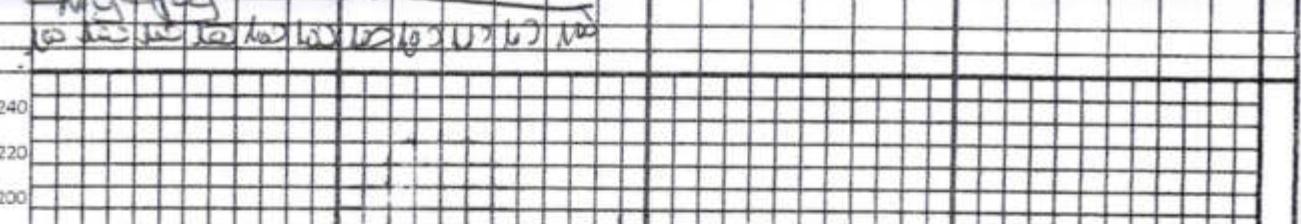
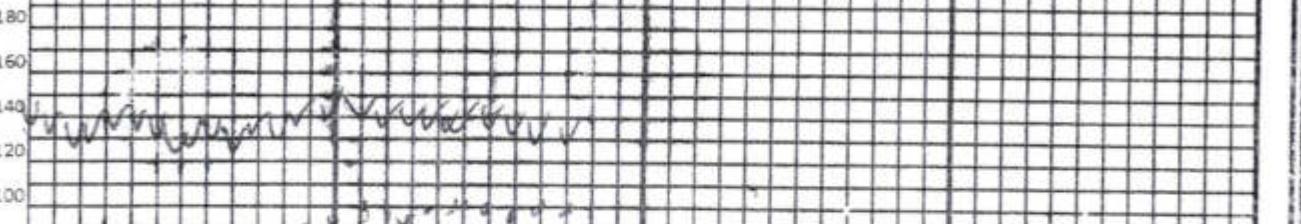
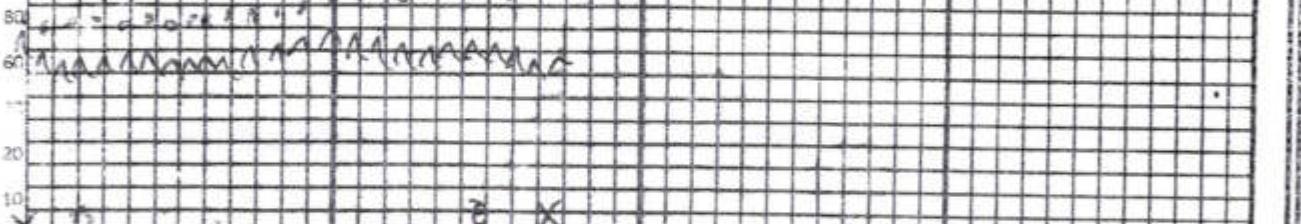
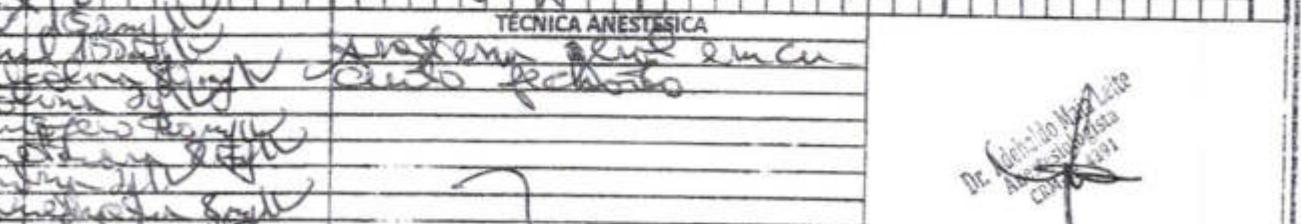
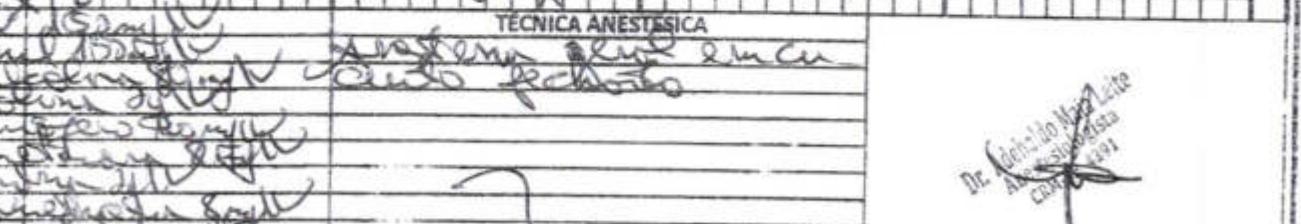
IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120	180	Observação
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	2							
	Capaz de mover os 02 membros	1							
	Incapaz de mover os membros	0							
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2							
	Dispinéia 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)

OK

Nome: <u>Edison dos Santos Pereira</u>		Data: <u>03/07/2014</u>	Nº Atend.: <u>1420216</u>
Convênio	<u>SUS</u>	Peso:	Altura:
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>40</u>	Risco:	
Diagnóstico inicial:			
Cirurgia proposta: <u>Congr. em�es de apêndice - abordagem clavicular aberta</u>			
Diagnóstico pós-operatório:			
Cirurgia realizada: <u>A proposta</u>			
Códigos cirúrgicos:			
EQUIPE	Cirurgião(a): <u>Dr. Carlos K. Kesten</u>		SOROS
	1º Auxiliar:	Circulante:	
Instrumentador(a):			
<input checked="" type="checkbox"/> Monit. ECG <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso <input checked="" type="checkbox"/> Capnógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Bisturi elétrico <input checked="" type="checkbox"/> RNC <input type="checkbox"/>			
			
			
			
			
			
Hydratation 			
SpO2% 			
ETCO² mm Hg 			
Int. Descrição 			
Ag. raqui n° 240 Gelco n° Sor. Aspi. Equipo T. Traqueal n° Cat. Tp óculo			
I.A. _____ h 160 I.O. _____ h 140 F.O. _____ s 120 F.A. _____ s Total _____ h			
Encaminhado: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> S.R.P.A			
Em uso de: 			
TÉCNICA ANESTÉSICA 			
			
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	CONVÊNIO	DATA		
Aracaju Santo Período	SUS	03/07/16		
1190216	03	Kakuto / bauer	Telêcongabó	

APARELHOS	QTD / HORA	MATERIAIS(continuação)	QUANTIDADE
Aspirador		Dreno Penrose N°	
Bisturi elétrico		Eletrodo Desc.adult (K)	05
Capnógrafo		Equipo Macrogotas c/ Injetor(K)	01
Carro de Anestesia		Equipo Macrogotas s/ Injetor	
Microscópio		Escova Povidet Pvpi (K)	04
Monitor Cardíaco		Espadrapo 600 Cm (cm)	30cm
Oxímetro de Pulso		Eter 500 ML (ml)	
Vídeo		Fio De Algodão Cag	
GASES	QTD / HORA	Fio Mononylon 3 Cag N°	02
Ar Comprimido		Fio Policryl CAg N°	
Oxigênio		Fio Policot CAg N°	
Protóxido		Fio Polene CAg N°	
Vácuo		Fio Vicryl 2 CAg N°	01
EXAMES	QTD / HORA	Fita Micropore	
Anátomo Patológico		Gaze 7,5 X 7,5 (K)	05
Raio X		Gelfoan	01
Eletrocardiograma		Humid Vent (K)	01
PROCEDIMENTOS	QTD / HORA	Lâmina de Bisturi N°04 (K)	02
Cateterismo Vesical		Luva Cirúrgica Estéril N°255 (K)	03/01
Curativo Cirúrgico	01	Luva de Procedimento	
Punção de Subclávia		Scalp N°	
Sondagem Nasogástrica		Seringa Desc. c/ Ag 1 ml (K)	
Tricotomia		Seringa Desc. c/ Ag 3 ml	
MATERIAIS	QUANTIDADE	Seringa Desc. c/ Ag 5 ml (K)	01
Abaixador De Lingua		Seringa Desc. c/ Ag 10 ml (K)	02
Aguilha Descartável N° (K)		Seringa Desc. c/ Ag 20 ml (K)	01
Ag. Desc.panest Peridural		Solução de PVPI Degermante	
Ag. Desc.panest.raqui n° (K)		Solução de PVPI Tintura	
Algodão Ortopédico cm		Solução de PVPI Tópico	
Atadura Crepon (cm)	03	Sonda Endotraqueal c/ Cuff (K)	01
Capote Descartável		Sonda Endotraqueal s/ Cuff	
Cateter Duplo J 6 X 26 Unid		Sonda Nasogástrica N° (K)	
Cateter Gelco n° (K)	01	Sonda de Aspiração N° (K)	
Cateter Poxigenio n° (K)		Sonda de Folley 2 vias n°	
Cateter Poxigenio Tp Oculos (K)		Sonda de Folley 3 vias n°	
Catgut Cromado c/ ag		Sonda Retral N°	
Catgut Simples c/ ag		Sonda Uretral N°	
Clorexidina 0,2% Sol. Aquosa 100ml	01	Torneirinha (K)	
Coletor De Sistema Aberto		Transfix (K)	
Coletor De Sistema Fechado (K)		Tubo Extensor P/oxygênio 2mts(K)	
Conexão C2vias (K)	01	Tubo P/aspiração E Drenagem 2mts(K)	
Dreno De Torax N°		compresação	04
massa tópica	01		

MEDICAMENTOS	QTD / HORA	MEDICAMENTOS (continuação)	QTD / HORA
Afrin Nasal Adulto 200 Gotas		Metoclopramida Amp 10mg/2 MI (K)	
Agua Destilada 10 MI Ampola (K)		Metronidazol	
Aminofilina 0.24mg 10ml Ampola		Midazolam 5 Mg Ampola (K)	
Ampicilina 1g Injetavel		Monocordil Inj. 10mg (K)	
Antak 50 Mg Injetavel (K)		Narcan Ampola	
Bicarbonato De Sodio 8.4% Ampola (K)		Nausedron 4 Mg / 2ml Ampola (K)	01
Brometo Rocuronio 10mg/ml 5ml (K)	01	nitribium 5mg/ml Ampola (K)	
Bupivacaina 0.5% Cvaso 20ml (K)	01	Novalgina	
Bupivacaina 0.5% Svaso 20ml (K)		Pancuron Ampola	
Bupivacaina Pesada 0.5% Ampola (K)		Profenid IM	
Buscopan Composto 5ml Inj		Profenid IV	01
Cedilanide 0,2 Mg/ml Ampola		Propofol 1% 10mg/ml Amp 20ml (K)	01
Cefazolina 1g F/a (kefazol) (K)	01	Prostiguimine 0.5 Mg/ml Ampola (K)	
Cetamina 50mg/ml 2ml (K)		Quelicin/Succinil Colin 100 Mg	01
Cetoprofeno 100mg Iv Ampol (K)		Quelicin/Succinil Colin 500 Mg	
Clonidin 150mg /1ml (K)		Revivan/Cloridrato De Dopamina	
Cloridrato de Dopamina 10ml Amp(K)		Ringer c/ Lactato 500ml (K)	02
Clorafenicol Colirio 200 Gotas		Solu Cortef 100 Mg Ampol 2 MI (K)	
Cloreto De Potassio 19.1% 10ml		Solu Cortef 500 Mg Ampola (K)	
Cloreto De Sódio 20% Ampola		Solução de Manitol	
Colirio Anestésico		Soro Fisiológico 0,9% 1000ml	
Decadron 2 Mg 1 MI		Soro Fisiológico 0,9% 100ml	
Decadron 4 Mg 2,5 MI (K)	01	Soro Fisiológico 0,9% 2000ml	
Diazepam 10 Mg / 2ml Ampola (K)	01	Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
Difenidrin 50mg/ 1ml Ampola (K)		Soro Fisiológico 0,9% 500ml (K)	
Dimorf 0.2 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glico-Fisiológico 500ml	
Dimorf 1 Mg / MI Ampola 2ml (K)		Soro Glicosado 5% 100 ml	
Dimorf 10 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glicosado 5% 250 ml	
Dipirona 2ml Ampola (K)	01	Soro Glicosado 5% 500 ml(K)	
Diprivan 200 Mg Ampola		Succinil Colin 100 Mg Ampol (K)	
Dolantina 100 Mg Ampola		Sulfato De Atropina 0.25mg Amp (K)	
Dormonid 15 Mg Ampola		Sulfentanila 50mcg/ml 5ml (K)	
Dormonid 5 Mg Ampola		Tiopental Sodico 1gr Ampola	
Efortil 10 Mg Ampol (K)		Tramal 100 Mg Ampola (K)	01
Efrinalin 1mg/ml (Adrenalina) (K)		Tramal 50 Mg Ampola (K)	
Etomidato 2 Mg / MI Ampola (K)		Transamin	
Fenergan Inj Ampol		Ultiva 2 Mg. Inj. Fa (K)	
Fenitoina 5% Ampola 5 MI (K)		Xyletesin 1% C/ Adrenalina	
Fentanil Ampola 2 MI (K)		Xyletesin 1% S/ Adrenalina	
Fentanila Amp 5ml (K)	01	Xyletesin 10% Spray	
Furosemida 2 MI 10 Mg/ml	01	Xyletesin 2% S/vaso Frasc 20ml (K)	
Gentamicina		Xyletesin 2% C/vaso Frasc 20ml (K)	
Glicose 25% 10ml Ampol (K)		Xyletesin 2% S/vaso Ampola 5ml (K)	
Glicose 50% 10ml Ampola (K)		Xyletesin Geléia	
Gluconato De Calcio 10% Ampola (K)			
Halotano 100 MI			
Heparina 5000 Ui 5ml (K)			
Hidrocortizona			
Hipoglos 45 Gramas			
Isoforine 100 MI			
Keflin 1 Gr Injetavel			
Ketalar Ampola 10ml (ml)			
Lasix Injetavel (K)			
Megapen 10 milhões			
Megapen 1milhão			
Megapen 5 milhões			

ASSINATURA E CARIMBO CASO EXISTA HEMOTERAPIA
OU OPME

TOP A

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16:35 Pali h.td adz., 710 m. JRPAs, octovolte,
color, s, Nocturnal & noct. & gl. cit. 67 Vn.
birds, n. Bm. of which as abd. S. r. C. T. -
Bm. ms. v. 1978-2000. D. A. L. S. 1981
1981 P. M. 2 19 1978-1981. IPag: 98-
Pubs = 84 BPM.

18:00 P.C. SHTA P.M., 10.10.18 v. (Br. V. 10) 10/11/18
6 hr. yellow v. after 21. IP₂ = 98% e
Phi: 8.8 ppm.

18:35 Precipitate Phosphorus in solution - Miles 719 712.
Miles 1 P_o = 47% 1 P_{Mg} = 82 RPM -
TLC - Nov 19/61

19 20 Raciente encomienda p) ejer-
maria

EQUIPAMENTOS	INÍCIO	TÉRMINO
OXÍMETRO DE PULSO	16:35	19:25
MONITOR CARDIÁCO		

GASES	QUANTIDADE	INÍCIO	TERMINO
O ₂ KIGÉNIO			

Ass. Enf. **rmagem:**



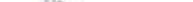
HOSPITAL SÃO JOSÉ
Av. João Ribeiro, 846 - Telefax (79) 2105-1000
CEP 49065-000 - Aracaju - SE

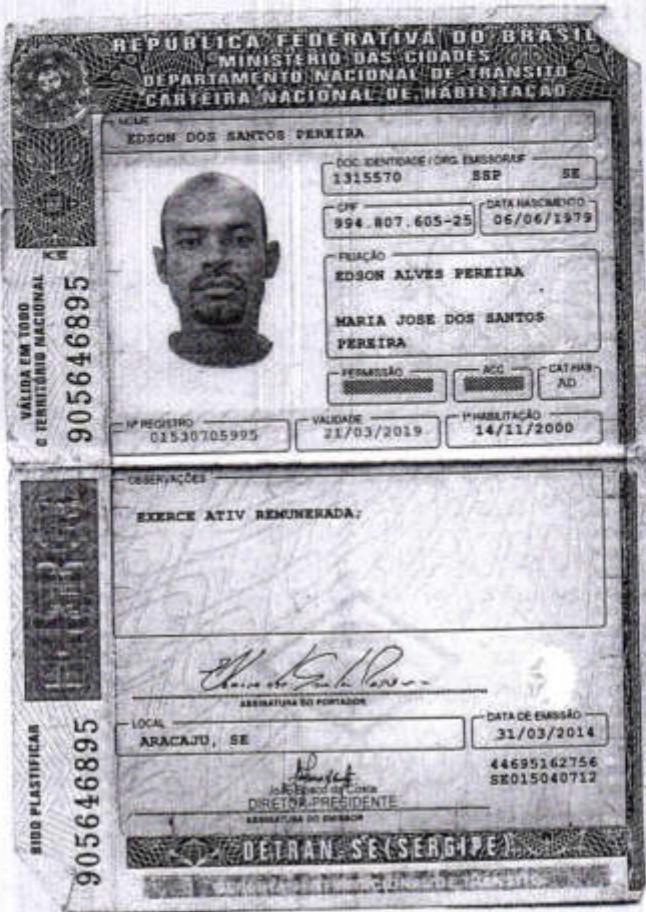
FICHA DE SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Cliente: <u>Edson dos Santos Pereira</u>	Registro: <u>M 20216</u>
Cirurgia:	Data: <u>03/07/2019</u>
Anestesia: <u>Geral</u>	Hr. Entrada:

ESCALA DE ALDRETE						
TEMPO	CONSCIÊNCIA	MOTRICIDADE	COLORAÇÃO	RESPIR.	PRES. SIST.	TOTAL
30 Min.	1	2	2	2	2	9
60 Min.						
90 Min.						

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO

Hora Alta: Ass. Do Anestesista: (+CRM) 
Destino: 



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014669411140

10710186109

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

2

CDD RENAVAM

256770549

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

SHYRENE ALEXANDRE BATISTA
RUA DA ASSEMBLEIA 542
CASA TIMBO
ABREU E LIMA - PE

53520-190

CPF/CNPJ

056.574.564-67

PLACA

PEA9389

NOME ANTERIOR

MOTO MAIS LTDA

PLACA ANT/UF

CHASSI

9C2JC4110AR692505

ESPECIE TIPO

PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN K3

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2010

CAP/POT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

20190079

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA SA C.F.I.C
MUNICACAO DE VENDA 08/03/2019

LOCAL

DATA



ESTADO DE PERNAMBUCO - SECRETARIA DA FAZENDA - Imposto Sobre o Produtor Rural

DAEJIIPVA

PLACE

GOMRICA

VENGEMENT 大賞

ipos o vencimento cobrare 0,25% de multa
ao dia, limitado a 15% e juros de 1%
ao mes, a partir do mes subsequente ao
vencimento.



DAE/JPY/A

228

LINHA DIGITÁVEL

~~ABREU E LIMA - PE~~

MUNICIPIO

DAE/IVPA
2019-309 SHYRELLE ALEXANDRE BATISTA

PLACA **PROPRIETÁRIO**

卷之三

COTA

VENCIMIENTO

...pos o vencimento cobrar 0,25% de multa
diária, limitado a 10% e juros de 1%
mensal, a partir do mês subsequente ao
vencimento.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOPROTEÇÃO DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO. FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 18/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO OMBRO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO OMBRO DIREITO.

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190618467**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Coqueiral, 0, , Aracaju/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPSE / 1315570**

Data e local do acidente: - **Aracaju/SE**

Data e local do exame: **01/09/2020 - Aracaju/SE**

Coordenadas Geográficas: **Latitude: -10.91153 , longitude: -37.0702**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

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

O PERICIADO FOI SUBMETIDO A OSTE OSSÍNTESE DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM 14/11/2019 (INFORMADO PELO PACIENTE, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++/5+) EM VIRTUDE DA DOR NO OMBRO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE SUPERIOR DO OMBRO E CLAVÍCULA, AUMENTO DO VOLUME DE 1/2 DA CLAVÍCULA (CALO ÓSSEO), ATROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (RIGIDEZ ARTICULAR). ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°) ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°) ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°) ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°)

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 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 (*)

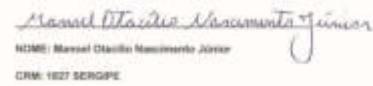
("Vítima em tratamento"

("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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


NAME: Manoel Cláudio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOPROTEÇÃO DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO. FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 18/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO OMBRO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO OMBRO DIREITO.

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Cidade: Aracaju
Data do acidente: 06/06/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A OSTEOPROTEÇÃO DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO. FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/09/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 18/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO OMBRO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO OMBRO DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO ANTERIOR DE DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO DIREITO.

@P1 / 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO ? (P4)
NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DA LESÃO E EM CASO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ENVIAR A FOLHA CIRÚRGICA.

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENVIAR RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DA LESÃO E EM CASO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ENVIAR A FOLHA CIRÚRGICA.

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: 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/08/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @P1 / 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.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 Cidade: Aracaju Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA Data do acidente: 06/06/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190618467 Cidade: Aracaju Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA Data do acidente: 06/06/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618467

Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA

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



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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618467

Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DA LESÃO E EM CASO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO ENVIAR A FOLHA CIRÚRGICA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190618467

Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001045**

Conta: **0000062482-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190618467

Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 06/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.807.605-25 4 - Nome completo da vítima: Edson dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edson dos Santos Pereira	094.807.605-25		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Soldador	Rua Boquinal, Centro da Ilha	R 110	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Porto das Fontes	Angra	SE	40069-687
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	51) 3222-0817

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1045 CONTA: 62482

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (velhice)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Angra SE, 01-Novembro-2019

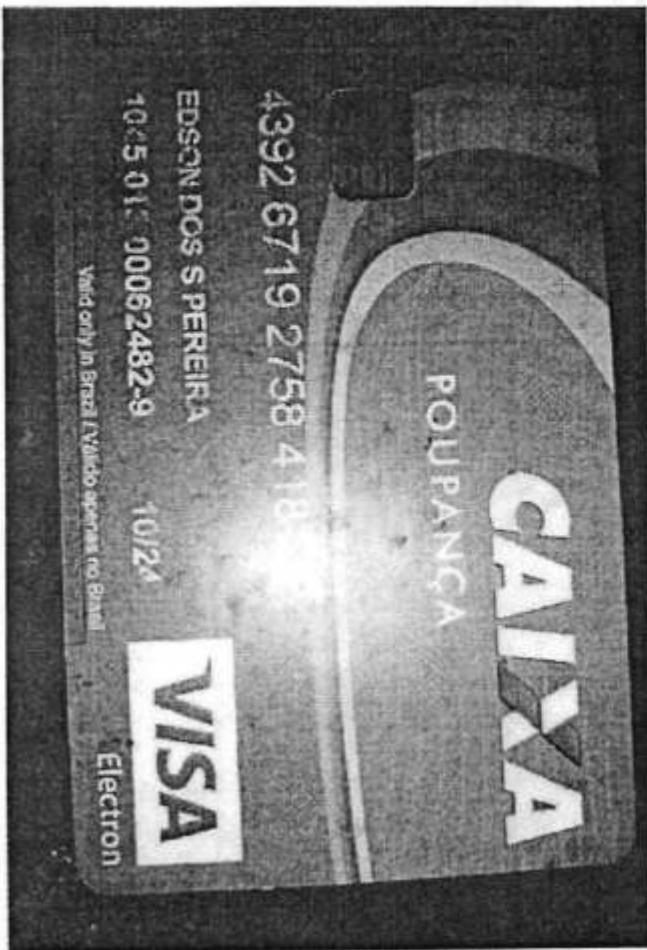
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



2045.013.00069482-9



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 114526/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 10:09 Data/Hora Fim: 31/10/2019 10:43
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 06/06/2019 17:40

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Avenida Euclides Figueiredo
Complemento: Rotatoria

Bairro: Porto Dantas

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDSON DOS SANTOS PEREIRA (VÍTIMA , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 06/06/1979
Profissão: Soldador
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria José dos Santos Pereira Nome do Pai: Edson Alves Pereira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 315570
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 994.807.605-25

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: R José A dos Santos Nº: 65
Bairro: Porto D'Antas CEP: 49.067-100
Telefone: (79) 99878-5656 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição: carro Cor: branca
Marca/Modelo: Palio Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 114526/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 056.574.564-67	Placa PFA9389
Renavam 00256770549	Número do Motor JC41E1A692505
Número do Chassi 9C2JC4110AR692505	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor AZUL	UF Veículo Pernambuco
Município Veículo Abreu e Lima	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 04/11/2010	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edson dos Santos Pereira	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante/vítima que no dia, local e horário estava passando pela avenida, na rotatória do lado esquerdo da via, quando o carro que estava entrando colidiu com a moto Honda que conduzia. Devido ao impacto caiu ao chão, e foi levado pelo SAMU para o Nestor Piva e depois foi para o Hospital São José. Aduziu a vítima que sofreu diversas lesões.

ASSINATURAS

Raimundo Renato Valença Júnior
Agente de Polícia
Matrícula 13688103
Responsável pelo Atendimento

Edson dos Santos Pereira
(Suposto Autor/Infrator / Vítima / Envolvido)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Confirmação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 094.807.605-25 4 - Nome completo da vítima: Edson dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Edson dos Santos Pereira	094.807.605-25		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Soldador	Rua Boquinal, Centro da Ilha	R 110	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Porto das Fontes	Angra	SE	40069-687
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD):	51) 3222-0817

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1045 CONTA: 62482

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (velhice)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Angra SE, 01-Novembro-2019

Eduardo S. Pereira

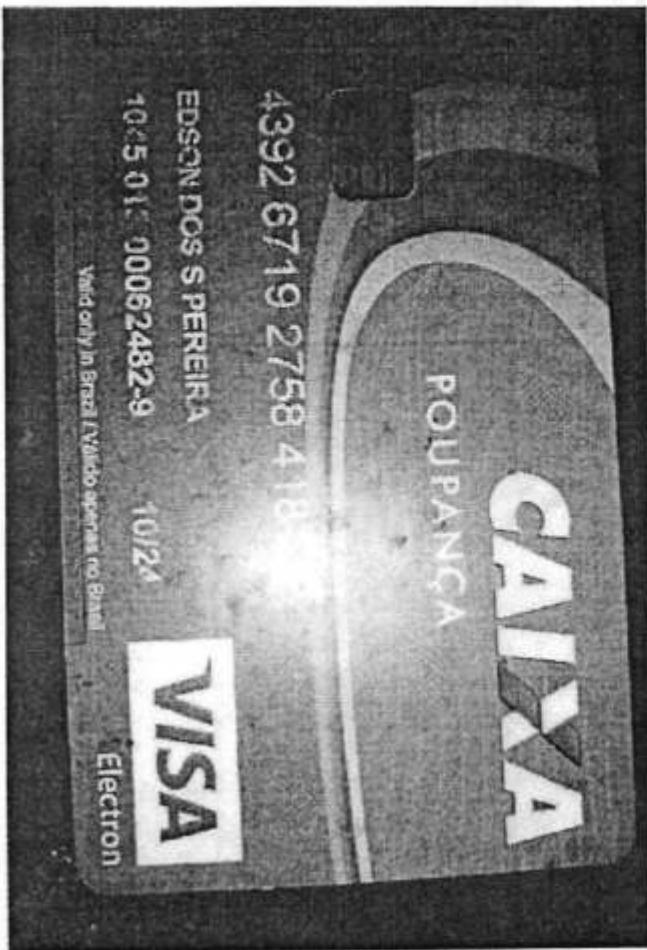
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



2045.013.00069482-9

RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1906060585 / ESUS – SAMU

e – DOC 020000.22883/2019-3

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 15h56min do dia 06 de Junho de 2019, para atendimento de vítima identificada como Edson dos Santos Pereira, com relato de colisão moto x carro, no município de Aracaju.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Aracaju realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o Unidade de pronto Atendimento Nestor Piva, no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 22 de Outubro de 2019


Karina Andrade de Mendonça
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM-SE 2057
Karina Andrade de Mendonça

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0384228/19

Número do Sinistro: 3190618467

Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 994.807.605-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2019

EDSON DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: EDSON DOS SANTOS PEREIRA
CPF: 994.807.605-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: JEAN CARLOS CARLI
CPF: 439.543.160-72

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

JEAN CARLOS CARLI