

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: 000000062482-9

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: 000000062482-9

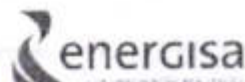
Nr. da Autenticação 705E2A952A6E01B4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para comprovar o pagamento em caixa ou na internet no endereço eletrônico. Nº 017.588.645



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc. Est. 279.767.438

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/807048-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

10/10/2019

CONSUMO

23

VENCIMENTO

17/10/2019

TOTAL A PAGAR

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):

Pulsção 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

Colúscos mlt x corno h^o 1^o H.
pleuriz uze.
T₂ 2^o 1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o 7^o 8^o 9^o 10^o 11^o 12^o

Exame Físico:

ABCSP D₂ ECG = 15p/10r E = 10r/10r D/2 conical
Alve eume (m^o 1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o 7^o 8^o 9^o 10^o 11^o 12^o)
P₂: 8 Wp. D₂ 2 = 100%

Prescrição de Medicamentos:

Quantidade

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

Exames Solicitados:

Ex. tórax / 1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o 7^o 8^o 9^o 10^o 11^o 12^o

CID Principal: T07

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

Marcos Rogério Kröger, Gato
Médico
CREMESE 1993

Profissional

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Paciente

1^o 2^o 3^o 4^o 5^o 6^o 7^o 8^o 9^o 10^o 11^o 12^o



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):

Pulsção 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: VERDE

Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença

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

Exame Físico:

ABC=0; D= 15 PONTOS; E= DOR OMBRO D / ESCORIAÇÕES. NEGA EMESE / SINCOPE / CEFALIA. 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

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

Local 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

Respiratória: 0

/min

Quadril: 0

/min

Glicemia: 0

mg/dl

Ação de Risco: VERDE

Sector: CLÍNICA ORTOPÉDICA

Atendimento:

e/Histórico da Doença

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

LA CLAVICULA DIREITA SEM DESVIO

1 AMP IM

Impal: S420

Atendimento: 32 - ALTA POR ORDEM MEDICA

Gilson Teixeira

Atendimento Traumatologia

CRM: SE 4003

9 - FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

EDICO ORTOPEDISTA - CRM: 4003 - SE

Paciente

50 ANOS

Evoluindo com saúde!

HOSPITAL SÃO JOSÉ RECEITUÁRIO

Paciente: Edson dos Santos Pereira

Paciente Edson dos Santos Pereira portador do RG 1315570
solicita cirurgia para correção de fratura de terço
médio de clavícula direita nesta unidade. Vem na
prévia da redução da primeira avaliação pós operatória
(15 dias). Encontra-se em comportamento estável
até a consolidação da fratura e reabilitação.

CIB: 542.7

Desta forma, não poderá realizar atividades laborais

Dr. Carlos A. S. F. Silva
Médico
CRM 4166 SE

Data: 23/07/19.

Médico - CRM



☐@☐

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 ~~A~~ B
 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
 NACIONAL.: Brasileiro(a)
 CPF.....: 99480760525 RG.....: 1315570 SSP
 PROF.....:

PERMANENCIA SUS

MAX.PERM: 0 MIN.PERM: 0

Exame entregue ao paciente de Rx
 Av. Joao Ribeiro, 846 Santo Antonio Aracaju - SE
 tel. : 2105-1000
 Proc. 03.07.2019
SR

□@□

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 COQUEIRAL Tel: 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 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, 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 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 não pagamento da conta hospitalar ou parcial, sendo Convenio Particular, após 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. Após 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 presença de duas testemunhas, para que produza seus efeitos juridicos e legais.
- Para tanto, firma-se o presente:

PACIENTE....: _____ RESPONSAVEL.: _____
 TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

☐

☐c; ☐e



Hospital S^o José

Av. João Ribeiro, 846 - Santo Antônio

Telefone: 79 2105-1000 / FAX: 79 2105-1032

Cep: 49065-000 Aracaju / SE

PACIENTE:

Edaou de Soud

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº ATENDIMENTO:

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

LEITO:

DATA:

28/07/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

Diagnóstico: Lesão

Tratamento: 30g/100ml

Paracetamol: 500mg/100ml

Revisão: 15 dias

Medicamentos: 10ml de 100mg

SSU + CCDC

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

LEITO:

DATA:

28/07/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

Diagnóstico: Lesão

Tratamento: 30g/100ml

Paracetamol: 500mg/100ml

Revisão: 15 dias

Medicamentos: 10ml de 100mg

SSU + CCDC

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

28/07/19

Dr. Ronaldo de Santana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

Dr. Ronaldo de Santana
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 5461

[illegible]

07:00	Paciente encontra-se no leito, consciente e orientado, expressivo, afilil, respondendo espontaneamente imar ambiente, respondendo a solicitação verbais. Em uso de BVP hidralizado.
07:30	Acuteu sem jejum ofertado pelo SMO. Part recusa o banho por apensas a relata que quer o banho somente em casa.
08:00	Administrado medicacões de Horário: Propenid (0,5g 1cc/ml + 0,1x3ml + equipe) conforme prescrição médica.
09:30	Acuteu sem almoço ofertado pelo SMO.
10:00	Administrado medicacões de Horário: Ronitidina (0,2g 0,2g + 0,1x20ml) conforme prescrição médica.
12:00	Apresenta SMO, administrado medicacões de Horário: Dipirone (0,2g 0,2g + 0,1x20ml) conforme prescrição médica. Acuteu sem almoço ofertado pela equipe de nutrição. Paciente permanece mantendo quadro em uso de BVP hidralizado, segue as evidências da equipe de enfermagem.
12:30	Paciente recebe visita médica, e o mesmo lhe dar Alta Hospitalar, saindo sem acompanhante.

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome: <u>Edson de Jesus Pereira</u>		Data: <u>3/02/19</u>
Peça para Biópsia		Convênio:
EQUIPE MÉDICA	DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	
Cirurgião: <u>Dr. Cal</u>	<u>peça de carne</u>	
Anestesiologista: <u>Dr. Admundo</u>	CIRURGIA PROPOSTA:	
1º Auxiliar: <u>Dr. Tiago</u>	<u>resecção de fígado</u>	
2º Auxiliar:	DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	
Instrumentador: <u>Dr. Roberto</u>	<u>o fígado</u>	
	CIRURGIA REALIZADA:	
	<u>o fígado</u>	
	ANESTESIA:	
	<u>geral</u>	

DESCRIÇÃO

FIOS UTILIZADOS

- 1) Ref. em P/H cl. de carne
- 2) peça de carne
- 3) Lúptus cl. de carne e vasos na vna
- 4) incisão longitudinal sobre o abdômen
- 5) dissecção da pele
- 6) lúptus de fígado
- 7) resecção de fígado
- 8) fígado cl. FUL 3,0 mm. cl.
- 9) lúptus de fígado
- 10) fígado p. pleura
- 11) incisão
- 12) fígado
- 13) B13

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

[Handwritten signature]



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



NOME: <u>Edson dos S. Pereira</u>		Idade: <u>40</u>		Prontuário:		Data: <u>03/07/2019</u>	
Diagnóstico:				Dia de Internação:		Enfermaria: <u>B1 1426 A</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				Sexo: () Masc. () Fem.		Leito: <u>B1</u>	
Cateter Periférico:	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>ver prescrição</u>							
SISTEMA NEUROLÓGICO				SISTEMA GASTROINTESTINAL			
() Consciente () 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: () SIM () NÃO			
() Mióticas () Midríáticas () Fotorreagentes				REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR			
() Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas				() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Choque			
REGULAÇÃO TÉRMICA				() Pulso () Rítmico () Aritímico () Filiforme () Cheio			
Hipotérmico T - _____ °C Subfebril T - _____ °C				() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso () Choque			
Afebril T - _____ °C Febril T - _____ °C				() Normocardico () Taquicardico () Bradicardico			
OXIGENAÇÃO				REGULAÇÃO ABDOMINAL			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico				() Plano () Flácido () Globoso () Distendido () Dor a palpação			
() Dispneico Oxigenoterapia: () sim () não							
() Masc. Venturi () Masc. Hudson () Cateter Oxiq.				GENITÁLIA			
PELE				() Dermatite () Processo Infeccioso () Outros			
Cianótica ()	Anictérica ()	Normocorada ()		SISTEMA URINÁRIO /DIURESE			
Acianótica ()	Ictérica ()	Hipocorada ()		() Fralda () SVA () SVD () Espontânea			
ULCERA POR COMPRESSÃO () SIM () 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.				() Aferir e Registrar Sinais Vitais de 8/8 horas.			
() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidades.				() Observar e anotar o estado de consciência do paciente.			
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirúrgica E evidenciada por fácies de dor/sofrimento.				() Estimular atividades recreativas/deambulação.			
				() Manter cabeceira Elevada.			
				() Verificar Saturação de O2. Hor. - _____			
				() Observar e anotar características da dor.			
				() Administrar analgésicos conforme prescrição médica			
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força Insuficiente para movimentar-se evidenciada por Cirurgia.				() Realizar mudança de decúbito. Hor. - _____			
				() Observar e anotar edemas.			
				() Preparar material para cateterismo vesical.			
				() Aplicar compressas mornas. Hor. - _____			
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no Esfíncter urinário evidenciado por presença de Globo vesical e dor				() Aplicar compressas frias. Hor. - _____			
				() Observar sinais da pele se há rubor ou calor			
() Risco de infecção relacionado à dispositivos Invasivos evidenciado por sinais flogísticos.				() Verificar temperatura axilar. Hor. - _____			
				() Comunicar reflexos de náusea e êmese.			
				() Registrar características da êmese			
				() Manter cabeceira elevada a 180°.			
() Náusea relacionada à período pós operatório				() Observar e anotar padrão respiratório.			



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

[illegible]

Escala de Braden					
LEGENDA: 11 Risco elevado 12 a 14 Risco médio > 14 Risco baixo Total:					
PERCEPÇÃO SENSORIAL	1.TOTALMENTE LIMITADO	2. MUITO LIMITADO	3.LEVEMENTE LIMITADO	4.NENHUMA LIMITAÇÃO	
UMIDADE	1.COMPLETAMENTE MOLHADA	2.MUITO MOLHADA	3.OCASIONALMENTE MOLHADA	4.RARAMENTE MOLHADA	
ATIVIDADE	1.ACAMADO	2.CONFINADO À CADEIRA	3.ANDA OCASIONALMENTE	4.ANDA FREQUENTEMENTE	
MOBILIDADE	1.TOTALMENTE IMÓVEL	2.BASTANTE LIMITADO	3.LEVEMENTE LIMITADO	4.NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES	
NUTRIÇÃO	1.MUITO POBRE	2.PROVAVELMENTE INADEQUADO	3.ADEQUADO	4.EXCELENTE	
FRICÇÃO E CISA L H A M E N T O	1.PROBLEMA	2.PROBLEMA EM POTENCIAL	3.NENHUM PROBLEMA		

Paciente em PAT de fratura de clavícula, colmo, orientado, respondendo as solicitações verbais, PEG. em uso de Tixar e ACP. Ajustar dieta ofertada. Realizado raio-x. Deixar expontânea presente. Segue as cuidados de enfermagem e não queixas.

04/07/19.

Pariente em 1º DBO depois de claustrula direita, saí de alta deambulando, sem queixas, amotivo limpo, diurese \oplus , sem queixas, normocorpo, acinôntico

Enf^a Adriale S. Andra
CORENSE 459.107

Larissa A. Lima
COREN-SE 507.774-EXF^a

Assinatura e carimbo do enfermeiro(a)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Edson dos Santos Pereira
PROCEDÊNCIA: Casa IDADE: 40 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM.
MATRÍCULA: 1170216 CONVÊNIO: SUS
DATA DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: 03/07/19 SETOR/LEITO: CL / A2

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 _____ 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 peritoneal
() Dreno penrose () Dreno Torácico

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

Horário: 13:10 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? (X) NÃO () SIM, Intensidade 0-10: _____ Localização: _____

Paciente admitido na sala de espera, consciente, em préico, verbalizando, aguardando procedimentos anestésico e cirúrgico

Assinatura: Antônio M. de Jesus
Téc. Enfermagem:

COREN-SE 999.517

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
Cirurgião: <u>Antônio</u>	Proposto: _____ Realizado: _____
Instrumentador: <u>Antônio</u>	Horário (procedimento cirúrgico): _____ hrs e T: _____ hrs
Anestesiologista: <u>Edson</u>	Monitorização: (X) ECG (X) Oximetria (X) PANI () Pressão Invasiva:
Circulante: <u>Edson</u>	Técnicas anestésicas
Hemotransmissão em SO: () SIM () NÃO	(X) Geral venosa () Geral inalatória () Geral combinada
() 1ª infusão: Volume _____ hora: _____	() Peridural com cateter () Peridural sem cateter () Bloqueio
() 2ª infusão: Volume _____ hora: _____	() Raquianestesia () Sedação () Local
() 3ª infusão: Volume _____ hora: _____	Posição cirúrgica
Anátomo patológico: () SIM () NÃO	(X) Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E
() Peça cirúrgica: _____	() Outras: _____
	Local da placa dispersiva: <u>MIB</u>
	Incisão cirúrgica (local): <u>clavicular</u>
	Curativo (tipo e local): <u>Simplex</u>

REGISTRO DE ENFERMAGEM (ocorrências e intercorrências)

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

Atendido com intervenção

Assinatura: Edson dos Santos Pereira
COREN-SE 999.517

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 peritoneal
 () Dreno penrose () Dreno Torácico

Tempo	Horário	Sinais Vitais						
0	16:35 hr	FR ____ rpm	SpO ₂ 95 %	Pulso 84 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: 16:35 hrs.

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

Paciente em estado de alerta, colabora e responde adequadamente.

Assinatura: *[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 ALTA - 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)

Nome: Edson da Silva Pereira
Convênio: 333 Data: 03/07/2014 N° Atend.: 1170216
Sexo: M Idade: 40 Peso: Altura: Risco:
Diagnóstico inicial:
Cirurgia proposta: Conexão cirúrgica de fratura de clavícula direita
Diagnóstico pós-operatório:
Cirurgia realizada: 1 proposta
Códigos cirúrgicos:

EQUIPE

Cirurgião(ã): Dr. Carlos Kokeub
1° Auxiliar:
Circulante:
Instrumentador(a):

SOROS

A = Soro fisiológico 500 ml
B = Soro glicosado 5% 500 ml
C = Ringer lactato 500 ml L

☒ Monit. ECG ☒ Oxímetro de pulso ☒ Capnógrafo ☒ Bisturi elétrico ☒ PNC ☐



TÉCNICA ANESTÉSICA

Anestesia geral com Sinc
Curto fechado

Dr.
Anestesiologista

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
<u>Edson de Santa Pereira</u>	<u>SUS</u>	<u>03/01/16</u>
Nº ATENDIMENTO	SO	CIRURGIÃO / ANESTESISTA
<u>1190216</u>	<u>03</u>	<u>Roberto / Alexandre</u>
		CIRCULANTE
		<u>Valeriano</u>

APARELHOS	QTD / HORA
Aspirador <u>com uso</u>	
Bisturi elétrico <u>com uso</u>	
Capnógrafo <u>com uso</u>	
Carro de Anestesia <u>com uso</u>	
Microscópio	
Monitor Cardíaco <u>com uso</u>	
Oxímetro de Pulso <u>com uso</u>	
Vídeo	

GASES	QTD / HORA
Ar Comprimido <u>com uso</u>	
Oxigênio <u>com uso</u>	
Protóxido	
Vácuo	

EXAMES	QTD / HORA
Anátomo Patológico	
Raio X	
Eletrocardiograma	

PROCEDIMENTOS	QTD / HORA
Cateterismo Vesical	
Curativo Cirúrgico	<u>01</u>
Punção de Subclávia	
Sondagem Nasogástrica	
Tricotomia	

MATERIAIS	QUANTIDADE
Abaixador De Língua	
Agulha Descartável N° _____ (K)	
Ag. Desc.panest Peridural _____	
Ag. Desc.panest.raqui n° _____ (K)	
Algodão Ortopédico _____ cm	
Atadura Crepon <u>20</u> cm	<u>03</u>
Capote Descartável	
Cateter Duplo J 6 X 26 Unid	
Cateter Gelco n° <u>20</u> (K)	<u>01</u>
Cateter Poxigenio n° _____ (K)	
Cateter Poxigenio Tp Oculos (K)	
Catgut Cromado _____ c/ ag _____	
Catgut Simples _____ c/ ag _____	
Clorexidina 0,2% Sol. <u>Aquosa</u> 100ml	<u>01</u>
Coletor De Sistema Aberto	
Coletor De Sistema Fechado (K)	
Conexão C2vias (K)	<u>01</u>
Dreno De Torax N° _____	

malha tucumã 01

MATERIAIS(continuação)	QUANTIDADE
Dreno Penrose N° _____	
Eletrodo Desc.adult (K)	<u>05</u>
Equipo Macrogotas c/ Injetor(K)	<u>01</u>
Equipo Macrogotas s/ Injetor	
Escova Povidet Pvp (K)	<u>04</u>
Espadrado 600 Cm (cm)	<u>30cm</u>
Eter 500 ml (ml)	
Fio De Algodão _____ Cag _____	
Fio Mononylon <u>3</u> Cag N° <u>00</u>	<u>02</u>
Fio Policryl _____ Cag N° _____	
Fio Policot _____ Cag N° _____	
Fio Polene _____ Cag N° _____	
Fio Vicryl <u>20</u> Cag N° _____	<u>01</u>
Fita Micropore	
Gaze 7,5 X 7,5 (K)	<u>05</u>
Gelfoan <u>Perna de</u>	<u>01</u>
Humid Vent (K) <u>adulto</u>	<u>01</u>
Lâmina de Bisturi N° <u>24</u> (K)	<u>02</u>
Luva Cirúrgica Estéril N° <u>255</u> (K)	<u>03</u> <u>01</u>
Luva de Procedimento <u>1 par</u>	
Scalp N° _____	
Seringa Desc. c/ Ag 1 ml (K)	
Seringa Desc. c/ Ag 3 ml	
Seringa Desc. c/ Ag 5 ml (K)	<u>01</u>
Seringa Desc. c/ Ag 10 ml (K)	<u>02</u>
Seringa Desc. c/ Ag 20 ml (K)	<u>01</u>
Solução de PVPI Degermante	
Solução de PVPI Tintura	
Solução de PVPI Tópico	
Sonda Endotraqueal c/ Cuff <u>8.0</u> (K)	<u>01</u>
Sonda Endotraqueal s/ Cuff	
Sonda Nasogástrica N° _____ (K)	
Sonda de Aspiração N° <u>12</u> (K)	<u>01</u>
Sonda de Folley 2 vias n° _____	
Sonda de Folley 3 vias n° _____	
Sonda Retral N° _____	
Sonda Uretral N° _____	
Torneirinha (K)	
Transofix (K)	
Tubo Extensor P/oxigênio 2mts(K)	
Tubo P/aspiração E Drenagem 2mts(K)	<u>02</u>
<u>compressão</u>	<u>04</u>

MEDICAMENTOS	QTD / HORA	MEDICAMENTOS (continuação)	QTD / HORA
Afrin Nasal Adulto 200 Gotas		Metoclopramida Amp 10mg/2 MI (K)	
Água 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)	02
Brometo Rocuronio 10mg/ml 5ml (K)		Nimbium 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)	02
Cefazolina 1g F/a (kefazol) (K)	02	Prostigumine 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	
Colírio 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	
Diazepan 10 Mg / 2ml Ampola (K)		Soro Fisiológico 0,9% 250ml	
Difenidrin 50mg/ 1ml Ampola (K)		Soro Fisiológico 0,9% 500ml (K)	
Dimorf 0.2 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glico-Fisiológico 500ml	
Dimorf 1 Mg / MI Ampola 2ml (K)		Soro Glicosado 5% 100 ml	
Dimorf 10 Mg / 1ml Ampola (K)		Soro Glicosado 5% 250 ml	
Dipirona 2ml Ampola (K)	02	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)		Xylestesin 1% C/ Adrenalina	
Fentanil Ampola 2 MI (K)		Xylestesin 1% S/ Adrenalina	
Fentanila Amp 5ml (K)	01	Xylestesin 10% Spray	
Furosemida 2 MI 10 Mg/ml		Xylestesin 2% S/vaso Frasc 20ml (K)	
Gentamicina		Xylestesin 2% C/vaso Frasc 20ml (K)	
Glicose 25% 10ml Ampol (K)		Xylestesin 2% S/vaso Ampola 5ml (K)	
Glicose 50% 10ml Ampola (K)		Xylestesin Geléia	
Gluconato De Calcio 10% Ampola (K)		Piso	01
Halotano 100 MI		Resol. de Heparina 13	01
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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18:00 P.C. Intra P.M., 10.10 u l'atole, colante
e n'h, 2 ullos v. alletta. IP₂ = 98% e
Pulse : 86 BPM.

18:35 Pacifista Phyllonoma Im dokhodno d
dzhirnyk - im. Dytalo v. Mironov 719 710.
M. H. Tol. 1 Pag = 47% 1 P. M. S. = 87 BPM -
TLC. N. A. G. O. L. K.

19.20 Paciente encamado Pl enferma

[illegible]

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

GASES		QUANTIDADE	INÍCIO	TERMINO
OXIGÊNIO	0			

Ass. Enf. rmagem:



Cliente: <i>Edson de Souto Pereira</i>	Registro: <i>M 20216</i>
Cirurgia:	Data: <i>03/07/2019</i>
Anestesia: <i>Genl</i>	Hr. Entrada:

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

[illegible][illegible]

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

De Adenildo Mano Lello
Anestesiologista
CRM-SP 12981

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

905646895

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR/UF
1315570 SSP SE

CPF
994.807.605-25

DATA NASCIMENTO
06/06/1979

REACAO
EDSON ALVES PEREIRA

MARIA JOSE DOS SANTOS
PEREIRA

PERMISSAO
[]

NEG
[]

CAT. HAB.
AD

IP REGISTRO
01530705995

VALIDADE
21/03/2019

HABILITACAO
14/11/2000

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV. REMUNERADA:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSAO
31/03/2014

44695162756
SE015040712

JOSE EDSON DE LIMA
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO DIRETOR

DETRAN - SE (SERGIPE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE

Nº 014669411140

10710186104

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA

2

COD RENAVAM

256770549

RNTRC

NOME/ENDEREÇO

SHYRLENE 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

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB.

2010

ANO MOD.

2010

CAP/POT/CIL

2P/124CL

CATEGORIA

2ARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

20190079

OBSERVAÇÕES

AL. FID. BV FINANCEIRA 3A C F I, CO
MUNICACAO DE VENDA 08/03/2019

Roberto Gomes

LOCAL

DATA

ESTADO DE PERNAMBUCO - SECRETARIA DA FAZENDA Imposto Sobre a Propriedade



DAE/IPVA

LINHA DIGITÁVEL

MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA - PE

PLACA

PEA9389 SHYRLENE ALEXANDRE BATISTA

COTANICA

VENCIMENTO **

Após o vencimento cobrar 0,25% de multa por dia, limitado a 15% e juros de 1% ao mês, a partir do mês subsequente ao vencimento

ESTADO DE PERNAMBUCO - SECRETARIA DA FAZENDA Imposto Sobre a Propriedade



DAE/IPVA

LINHA DIGITÁVEL

ABREU E LIMA - PE

MUNICÍPIO

PLACA

PEA9389 SHYRLENE ALEXANDRE BATISTA

PROPRIETÁRIO

COTA

VENCIMENTO

Após o vencimento cobrar 0,25% de multa por dia, limitado a 15% e juros de 1% ao mês, a partir do mês subsequente ao vencimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

11140

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 atrofia 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 OSTEOSÍNTESE 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

Valoração 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 OSTEOSSÍNTESE 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 atrofia 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. Nexos 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 (++) 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). ÂNGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°) ÂNGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°) ÂNGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°) ÂNGULO 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:



NOME: Manoel Otávio 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 atrofia 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 OSTEOSÍNTESE 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

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 atrofia 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 OSTEOSÍNTESE 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

Valoração 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

Valoração 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

Valoração 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

Valoração 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

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

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

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, 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



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: 4 - Nome completo da vítima:
994.807.605-25 Edson dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
Edson dos Santos Pereira 994.807.605-25
7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Soldado Rua: Riquinal Antônio do Azeite R1W
11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Ponto das Antas Aracaju SE 49069-087
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):
79) 3222-0917

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

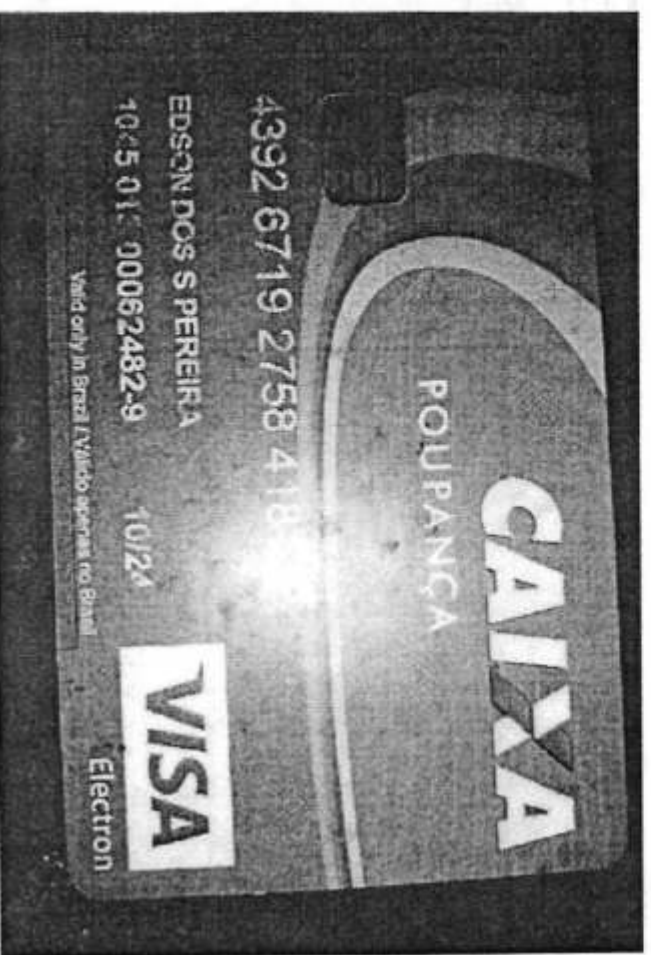
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju SE, 01 de Novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



3045.013.00068489-9



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA 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/Caminhão
Descrição carro	Cor branca
Marca/Modelo Palio	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Raimundo Renato Valença Junior
Data de Impressão: 31/10/2019 10:43
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 114526/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocideta/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 Junior
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(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação 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: 4 - Nome completo da vítima:
994.807.605-25 Edson dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo: Edson dos Santos Pereira 6 - CPF: 994.807.605-25
7 - Profissão: Soldado 8 - Endereço: Rua Equivalência do Azeite R1W
11 - Bairro: Porto das Antas 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49069-087
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79.3222-0917

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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 3 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

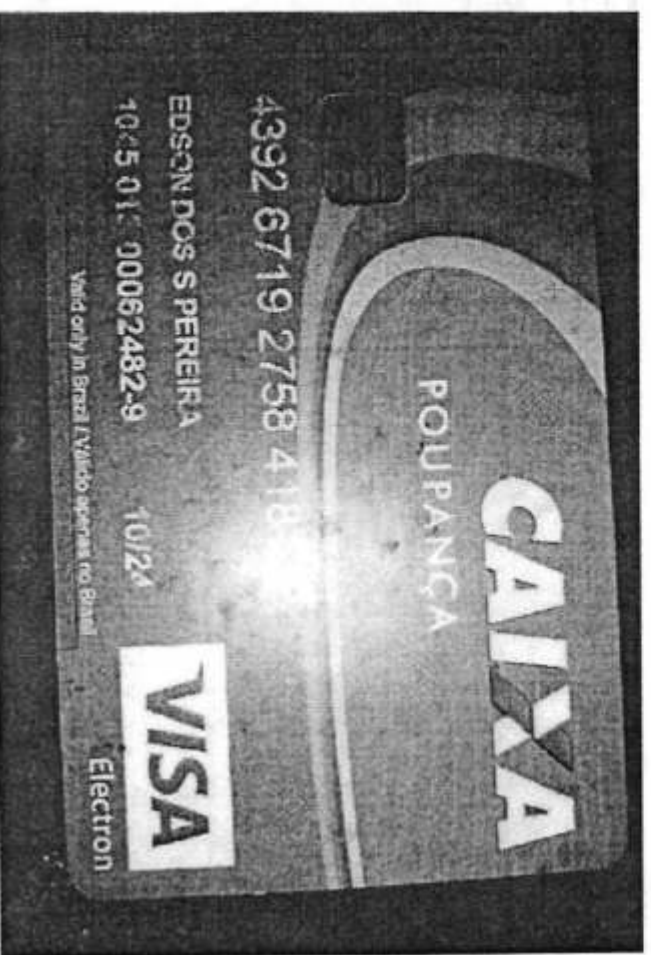
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, SE, 01 de Novembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



3045.013.00068489-9

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JEAN CARLOS CARLI