



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202040601275	Distribuição: 08/12/2020
Número Único: 0050968-63.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: CONCILIAÇÃO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
Endereço: RUA ESTRELA DO ORIENTE  
Complemento:  
Bairro: PORTO D'ANTAS  
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49069087  
Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS  
Complemento: 5º ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205  
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU  
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202040601275

**DATA:**

29/01/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210128162504135 às 16:25 em 28/01/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# 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

# 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

# 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

**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

**Sequelae permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU SEVERO.

**Sequelae:** 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

**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. Nexa 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".

---

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

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: 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 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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)



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

<b>Grupo Veículo</b>	<b>Subgrupo</b> Motocideta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 056.574.564-67	<b>Placa</b> PFA9389
<b>Renavam</b> 00256770549	<b>Número do Motor</b> JC41E1A692505
<b>Número do Chassi</b> 9C2JC4110AR692505	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2010/2010
<b>Cor</b> AZUL	<b>UF Veículo</b> Pernambuco
<b>Município Veículo</b> Abreu e Lima	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN KS
<b>Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN KS	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 04/11/2010	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
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(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.\*

## **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**

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Modelo para impressão. Documento original é fornecido pela empresa fornecedora. Nº 017.588.645



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA  
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49040-150  
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438

## 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.039004 03290.190176 1 804500000001824				
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 mltos x carne h<sup>+</sup> h<sup>-</sup>.  
pleuriz uze.  
T<sub>g</sub> x<sub>2</sub> h<sub>2</sub> f<sub>2</sub> somu

Exame Físico:

ABC S<sub>2</sub> D<sub>2</sub> ECG = 15p/10r E = d<sub>1</sub> h<sub>2</sub> D / 2. conical  
Alve emel / m<sub>2</sub> c<sub>2</sub> / de pulso  
P<sub>2</sub>: 8 Wp. S<sub>2</sub> 2 = 100%

Prescrição de Medicamentos:

Quantidade

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

Exames Solicitados:

Ex. t<sub>2</sub> t<sub>2</sub> / o h<sub>2</sub>

CID Principal: TDT

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

Marcos Rogério Kroger, Gato  
Médico  
CREMESE - 993

Profissional

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Paciente

1/1 h<sub>2</sub> f<sub>2</sub> t<sub>2</sub> clavicula 2



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 e 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

Laércio M. S. F. Silva  
Médico  
CRM 4.065/SE

**Data:** 23/07/19.

**Médico - CRM**

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

☐@☐

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 decorrência do internamento realizado neste Hospital (art. 904, e §§. Do Código 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 Sº 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: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Enf. Adriele S. André  
CURTEL 322.197

ED - Jda anexo  
cabeças

28/07/19

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01

Prescrição: 8186-01-01



Nome: <u>Edson da Silva</u>	Atend: <u>11/02/16</u>	Leito: <u>A:2</u>	Data: <u>03/02/16</u>
-----------------------------	------------------------	-------------------	-----------------------

Person

## Equipamentos

Leito: A-2

Data: 03 107 1-49

## Oxigênio

## Bomba Soro

## Bomba Dieta

Oxímetro

1



1

3

1

1



T

1

T

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

Hora

### Registro de Enfermagem

[illegible]

15:00 Lincis do anastasia em cima do Tuleo and  
: Traquese com buff m<sup>o</sup> 8.0 x 0.1 feller Bone  
: no adults + 0.1 canyos 10.0 x 1.0 cm de  
: fenderos, interaxio por via orologio  
: cresia ad com canyos.

[illegible]

Hora	Registro de Enfermagem
16:30	<p>Realizados curativos em um dos membros com vasos e o curativo do membro realizado com curativos pela enfermagem.</p> <p>Termos da cirurgia.</p> <p>Atividade que teve o paciente em um quarto com condutores para 5 Altímetros de cardio-tergido e monitor de ECG, segue em sono com orelhas e frustura de ossos, foi aberto o fis de ventos a 3.0 não tem náusea. Foi registrado na folha de consumo P: 76 Bpm, PT: 115 X 65 mm Hg 50, 99%.</p>
16:35	<p>Paciente admitido na IRP, altitude, Col. m. 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p> <p>Relatório: 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p> <p>Relatório: 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p>
18:10	<p>Paciente admitido na IRP, altitude, Col. m. 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p>
18:35	<p>Paciente admitido na IRP, altitude, Col. m. 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p> <p>Relatório: 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p> <p>Relatório: 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0.</p>
19:25	<p>Paciente encaminhado PI enfermeira-gia SI Quixá.</p>
19:40	<p>Paciente retornado do PC, em a cirurgia de emergência de emergência, em a cirurgia de emergência, em a cirurgia de emergência.</p>
20:00	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
20:10	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
20:20	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
20:30	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
20:40	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
20:50	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:00	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:10	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:20	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:30	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:40	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
21:50	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:00	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:10	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:20	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:30	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:40	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
22:50	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>
23:00	<p>Paciente encaminhado, medicação de emergência.</p>



# DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome: <u>Edson de Jesus Pereira</u>		Data: <u>3 de 19</u>
Peça para Biópsia		Convênio:
EQUIPE MÉDICA		DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:
Cirurgião	<u>Dr. Cal</u>	<u>peça clareada</u>
Anestesiologista	<u>Dr. Almeida</u>	CIRURGIA PROPOSTA:
1º Auxiliar:	<u>Dr. Dias</u>	<u>resep + 1/5 fuso clareado</u>
2º Auxiliar:		DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:
Instrumentador	<u>Dr. Brito</u>	<u>o fuso</u>
		CIRURGIA REALIZADA:
		<u>o fuso</u>
		ANESTESIA:
		<u>geral</u>

## DESCRIÇÃO

## FIOS UTILIZADOS

- 1) Ref. em P/H cl. de novo clareado
- 2) peça clareada
- 3) 1/5 fuso cl. de novo clareado
- 4) 1/5 fuso clareado de novo clareado
- 5) desep. p. fuso
- 6) 1/5 fuso de novo clareado
- 7) 1/5 fuso de novo clareado
- 8) 1/5 fuso cl. de novo clareado 3,0 mm. cl.
- 9) 1/5 fuso cl. de novo clareado
- 10) 1/5 fuso p. fuso
- 11) 1/5 fuso
- 12) 1/5 fuso
- 13) 1/5 fuso

Catgut Crom	(	)und.
Catgut Crom	(	)und.
Catgut Crom	(	)und.
Catgut Simpl	(	)und.
Catgut Simpl	(	)und.
Catgut Simpl	(	)und.
Monocryl	(	)und.
Monocryl	(	)und.
Monocryl	(	)und.
Nylon	(	)und.
Nylon	(	)und.
Nylon	(	)und.
Polycot	(	)und.
Polycot	(	)und.
Polycot	(	)und.
Prolene	(	)und.
Prolene	(	)und.
Prolene	(	)und.
Nylon	(	)und.
Nylon	(	)und.
Nylon	(	)und.
Nylon	(	)und.
Vicryl	(	)und.
Vicryl	(	)und.
Vicryl	(	)und.
Outos	(	)und.
	(	)und.
	(	)und.

*[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>B4 1426A</u>	
CONTROLE DE CATETERES E SONDAS				Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem.		Leito: <u>B3</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 Oxic.				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. - _____			
( ) Risco de infecção relacionado à dispositivos Invasivos evidenciado por sinais flogísticos.				( ) Observar sinais da pele se há rubor ou calor			
				( ) Verificar temperatura axilar. Hor. - _____			
( ) Náusea relacionada à período pós operatório				( ) Comunicar reflexos de náusea e êmese.			
				( ) Registrar características da êmese			
				( ) Manter cabeceira elevada a 180°.			
				( ) Observar e anotar padrão respiratório.			



**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 O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ l/min ( ) Máscara O<sub>2</sub> - Fio \_\_\_\_\_ % ( ) VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_\_ % ( ) Marcapasso  
( ) VMI/TOT - Modo: \_\_\_\_\_ e Fio2: \_\_\_\_\_ % ( ) Cateter venoso periférico \_\_\_\_\_ ( ) Cateter venoso central  
( ) Dissecção venosa ( ) Sonda vesical ( ) Sonda gástrica / enteral ( ) Ostomia ( ) Fralda descartável  
( ) Tração elétrica \_\_\_\_\_ ( ) Curativo cirúrgico ( ) Curativo não cirúrgico ( ) Dreno 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 SpO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % 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: Edson M. de Sousa  
Téc. Enfermagem: \_\_\_\_\_  
COREN-SE 999.51

**INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)**

EQUIPE CIRÚRGICA	PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
Cirurgião: <u>Antonio</u>	Proposto: _____ Realizado: _____
Instrumentador: <u>Antonio</u>	Horário (procedimento cirúrgico): _____ hrs e T: _____ hrs
Anestesiologista: <u>Edson</u>	Monitorização: _____
Circulante: <u>Edson</u>	(X) ECG (X) Oximetria (X) PANI ( ) Pressão Invasiva: _____
<b>SERVIÇO DE APOIO</b>	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>Simples</u>

**REGISTRO DE ENFERMAGEM (ocorrências e intercorrências)**

Horário de entrada na SO: \_\_\_\_\_ hrs Horário de encaminhamento para SRPA: \_\_\_\_\_ hrs

Atividade em intercorrência

Assinatura: Edson M. de Sousa  
COREN-SE 999.51

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

**DISPOSITIVOS EM USO**

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

Tempo	Horário	Sinais Vitais						
0	16:35 hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> 95 %	Pulso 84 bpm	PANI ____ / ____ mmHg	Temp ____ °C		
30	____ : ____ hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> ____ %	Pulso ____ bpm	PANI ____ / ____ mmHg	Temp ____ °C		
60	____ : ____ hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> ____ %	Pulso ____ bpm	PANI ____ / ____ mmHg	Temp ____ °C		
90	____ : ____ hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> ____ %	Pulso ____ bpm	PANI ____ / ____ mmHg	Temp ____ °C		
120	____ : ____ hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> ____ %	Pulso ____ bpm	PANI ____ / ____ mmHg	Temp ____ °C		
180	____ : ____ hr	FR ____ rpm	SpO <sub>2</sub> ____ %	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 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)

Nome: Edson da Santa Perena  
Convênio: 333 Data: 03/07/2014 N° Atend.: 1170216  
Sexo: M Idade: 40 Peso:            Altura:            Risco:             
Diagnóstico inicial:             
Cirurgia proposta: cong. e ruptura 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 em cu  
Centro 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	CIRCULANTE	
<u>1190216</u>	<u>03</u>	<u>Roberto / Alexandre</u>	<u>Valeriano</u>	

APARELHOS	QTD / HORA	MATERIAIS(continuação)	QUANTIDADE
Aspirador <u>com uso</u>		Dreno Penrose N°	
Bisturi elétrico <u>com uso</u>		Eletrodo Desc.adult (K)	<u>05</u>
Capnógrafo <u>com uso</u>		Equipo Macrogotas c/ Injetor(K)	<u>01</u>
Carro de Anestesia <u>com uso</u>		Equipo Macrogotas s/ Injetor	
Microscópio		Escova Povidet Pvp (K)	<u>04</u>
Monitor Cardíaco <u>com uso</u>		Espadrado 600 Cm (cm)	<u>30cm</u>
Oxímetro de Pulso <u>com uso</u>		Eter 500 ml (ml)	
Vídeo		Fio De Algodao Cag	
GASES	QTD / HORA	Fio Mononylon 3 Cag N°	<u>02</u>
Ar Comprimido <u>com uso</u>		Fio Policryl Cag N°	
Oxigênio <u>com uso</u>		Fio Policot Cag N°	
Protóxido		Fio Polene Cag N°	
Vácuo		Fio Vicryl 2 Cag N°	<u>01</u>
EXAMES	QTD / HORA	Fita Micropore	
Anátomo Patológico		Gaze 7,5 X 7,5 (K)	<u>05</u>
Raio X		Gelfoan <u>Pirena de</u>	<u>01</u>
Eletrocardiograma		Humid Vent (K) <u>adulto</u>	<u>01</u>
PROCEDIMENTOS	QTD / HORA	Lâmina de Bisturi N° <u>24</u> (K)	<u>02</u>
Cateterismo Vesical		Luva Cirúrgica Estéril N° <u>255</u> (K)	<u>03</u> <u>01</u>
Curativo Cirúrgico	<u>01</u>	Luva de Procedimento <u>1 de</u>	
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)	<u>01</u>
Abaixador De Língua		Seringa Desc. c/ Ag 10 ml (K)	<u>02</u>
Agulha Descartável N° (K)		Seringa Desc. c/ Ag 20 ml (K)	<u>01</u>
Ag. Desc.panest Peridural		Solução de PVPI Degermante	
Ag. Desc.panest.raqui n° (K)		Solução de PVPI Tintura	
Algodao Ortopedico cm		Solução de PVPI Tópico	
Atadura Crepon <u>20</u> cm	<u>03</u>	Sonda Endotraqueal c/ Cuff <u>8.2</u> (K)	<u>01</u>
Capote Descartável		Sonda Endotraqueal s/ Cuff	
Cateter Duplo J 6 X 26 Unid		Sonda Nasogástrica N° (K)	
Cateter Gelco n° <u>20</u> (K)	<u>01</u>	Sonda de Aspiração N° <u>12</u> (K)	<u>01</u>
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. <u>Aquosa</u> 100ml	<u>01</u>	Torneirinha (K)	
Coletor De Sistema Aberto		Transofix (K)	
Coletor De Sistema Fechado (K)		Tubo Extensor P/oxigênio 2mts(K)	
Conexao C2vias (K)	<u>01</u>	Tubo P/aspiração E Drenagem 2mts(K)	<u>02</u>
Dreno De Torax N°		<u>comquebra</u>	<u>04</u>
<u>malha tucumã</u>	<u>01</u>		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18:00 P. C. L. H. T. P. M. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10  
 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10  
 P. M. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10  
 P. M. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10 v. l. H. T. 10.10.10

18:35 Pacif. White Phalarope in shoreland  
in/through line - in relation to Miles 719 718.  
In/through line. 1 Pag. = 47% 1 P. also = 87 BPM -  
TLC. N. 10. 10. 10.

19.20 Paciente encamado Pl enferma

[illegible]

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

GASES		QUANTIDADE	INÍCIO	TERMINO
OXIGÊNIO				

Ass. Enf. rmagem:




Cliente: <u>Edson de Souto Pereira</u>	Registro: <u>M 20216</u>
Cirurgia:	Data: <u>03/07/2019</u>
Anestesia: <u>Genl</u>	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:	

Dr. Adriano Mattos Leite  
Anestesiologista  
CRM-SP 42991

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME EDSON DOS SANTOS PEREIRA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 1315570 SSP SE
	CPF 994.807.605-25
	DATA NASCIMENTO 06/06/1979
	FEIÇÃO EDSON ALVES PEREIRA
MÁRIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA	
PERMISSÃO [ ]	NEG [ ]
CAT. A/B AD	
NP REGISTRO 01530705995	VALIDADE 21/03/2019
HABILITACAO 14/11/2000	
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:	
[ ]	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 31/03/2014
44695162756 SE015040712	
DIRETOR PRESIDENTE	
ASSINATURA DO DIRETOR	
DETRAN - SE (SERGIPE)	

**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 (\*)

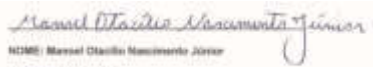
() "Vítima em tratamento"

() "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

# 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

# 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: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 100,00

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

CLIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000062482-9

---

Nr. da Autenticação 6E81263B6F4CB2D0

## PARECER DE DAMS

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200306282**Data do acidente:** 06/06/2019**Vítima:** EDSON DOS SANTOS PEREIRA**Atendimento:** HOSPITAL**Cidade:** Aracaju**UF:** SE**Análise:** Primeira Análise**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA  
S/A**Data:** 03/09/2020 14:02:50

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** FRAT DO OMBRO E DO BRACO FRAT DA CLAVICULA -**Internação:** Não**Tratamento:** CIRURGICO**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	Em consultório (no horário normal ou pre estabelecido)	100,00	100,00
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**Indicadores:** Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: EDSON DOS SANTOS PEREIRA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 100,00**TOTAL AVALIADO:** 100,00**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 100,00

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA



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

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

---

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200306282**

**Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

**Data do Acidente: 06/06/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

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

**Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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.

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16075186

---

**Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200306282**

**Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

**Data do Acidente: 06/06/2019**

**Cobertura: DAMS**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**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:**

**Recebedor: EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

**Valor: R\$ 100,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001045**

**Conta: 0000062482-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Dolores no Lx e no Ld.  
pleurisia  
Tórax Feb. Somu

Exame Físico:

ABCSP D/ECA = 15/10/5 E = 10/10/5 D/ECA = 10/10/5  
Alveolar (pulso) / de pulso  
FC: 80 bpm. SpO2 = 100%

Prescrição de Medicamentos:

Quantidade

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

Exames Solicitados:

Lx tórax / o Ld

CID Principal: T07

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

Marcos Rogério Kroger, Gato  
Médico  
CREMESE: 993

Profissional

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Paciente

Link de 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):

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 USU.

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 e 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

Laércio S. F. Silva  
Médico  
CRM 40608 SE

**Data:** 23/07/19.

**Médico - CRM**

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



RECIBO

Nº

VALOR

# 100,00#

Recebi (emos) de

Edson dos Santos

a quantia de

cem reais —

Correspondente a

consulta médica

e para clareza firmo (amos) o presente.

Aracaju

14

de

agosto

de

2020




Assinatura

Nº p. 49

CPF / RG

Aracaju, 14 de agosto de 2020  
Assinado digitalmente por Edson dos Santos  
CPF: 000.000.000-00



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME EDSON DOS SANTOS PEREIRA		
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 1315570 SSP SE	
	CPF 994.807.605-25	DATA NASCIMENTO 06/06/1979
	FISCAÇÃO EDSON ALVES PEREIRA	
	MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA	
PERMISSÃO [ ]	NEG [ ]	CAT. A/B AD
NP REGISTRO 01530705995	VALIDADE 21/03/2019	PHABILITAÇÃO 14/11/2000
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:		
 ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL ARACAJU, SE	DATA DE EMISSÃO 31/03/2014	
 JOÃO MANOEL DE COSTA DIRETOR PRESIDENTE ASSINATURA DO DIRETOR		44695162756 SE015040712
DETRAN - SE (SERGIPE)		