



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202060001163	Distribuição: 21/10/2020
Número Único: 0001140-95.2020.8.25.0002	Competência: Aquidabã
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Adimplemento e Extinção - Pagamento
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Acidente de Trânsito
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Relação Contratual

Dados das Partes

Requerente: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA
Endereço: LAGOA DO MATO
Complemento:
Bairro: Z RURAL
Cidade: AQUIDABA - Estado: SE - CEP: 49790000
Requerente: Advogado(a): WILLIAM OLIVEIRA SANTOS 11081/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 15º Andar
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

21/10/2020

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202060001163, referente ao protocolo nº 20201021135003185, do dia 21/10/2020, às 13h50min, denominado Procedimento Comum, de Pagamento, Acidente de Trânsito, Relação Contratual.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



William Oliveira
ADVOCACIA

AO JUÍZO CÍVEL DA COMARCA DE AQUIDABÃ/SE

VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA, brasileira, casada, assistente administrativa, portadora do RG de nº 3.241.139-3 2º via e inscrita no CPF sob nº 038.532.525-83, residente e domiciliada no Povoado Lagoa do Mato, nº 20, Zona Rural, Aquidabã/SE vem, respeitosamente, por intermédio do seu patrono que a esta subscreve, à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C DE DANO MORAL

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita com CNPJ nº 09248608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, pelos fatos que a seguir expõe:



William Oliveira
ADVOCACIA

DA JUSTIÇA GRATUITA

A parte autora não possui condições financeiras para arcar com às custas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família, conforme faz provas mediante **declaração de hipossuficiência**, bem como a CTPS, a qual demonstra que a autora não possui contrato de trabalho ativo. Provas em anexo.

“Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.”

Vale ressaltar que, a não concessão da Justiça Gratuita, no presente caso, constitui atentado ao Estado Democrático de Direito violando princípios constitucionais, pois asseguram acesso à Justiça aos mais humildes, conforme prevê o art. 5º, XXXV da Constituição Federal de 1998.

Desta forma, requer os benefícios da Justiça Gratuita na forma da lei.

I. DOS FATOS

Na data de 06/11/2018, por volta das 07:00 hrs, no Povoado Lagoa do Mato, zona rural do município de Aquidabã-SE, a autora estava seguindo com a sua motocicleta de marca/modelo: Honda Biz 125 ES, placa policial QK08742/SE, chassi 9C2JC4820ER024564, ano 2014, categoria particular, cor VERMELHA, quando colidiu com um cachorro nas imediações do Pov. Santa Terezinha.

Ocorre que, após o acidente, a Requerente foi transportada para o hospital de Propriá por uma ambulância da Prefeitura Municipal de Aquidabã/SE.



William Oliveira
ADVOCACIA

Consta que, diante da lesão sofrida a mesma foi transferida para o Hospital Cirurgia, na cidade de em Aracaju-SE, onde a Requerente foi submetida a um procedimento cirúrgico no ombro direito para correção de fratura do ÚMERO, cid S42.2. Vale ressaltar que, a mesma ficou internada por 4 (quatro dias) dias, conforme documentação anexa.

Após um logo período de reabilitação com internações, medicações e fisioterapias a parte autora ficou com sequelas definitivas, pois a mesma obteve limitação funcional, conforme Relatórios Médicos.

Ocorre que, diante da lesão sofrida e apesar da mesma ter juntado documentação a qual comprova as referidas lesões, bem como a sua invalidez permanente, a Requerida deferiu o pagamento, tão somente, no valor de 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), desobedecendo, a tabela fixada pela legislação.

Diante da ausência do pagamento devido, se faz necessário a interferência do Poder Judiciário na presente demanda.

II. DO DIREITO

O seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestre (DPVAT) garante proteção às vítimas dos danos causados pelo acidente, sejam elas: motoristas, passageiros ou pedestres.

De acordo com a lei 6.194/74 em seu art. 5º, afirma que para a concessão da indenização a mesma se faz por meio de prova simples, bastando a comprovação do acidente e os seus danos causados. Vejamos:

Art. 5º O pagamento da indenização **será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Destaca-se que, a parte autora registrou **Boletim de Ocorrência, relatórios médicos**, bem como o **próprio Requerimento do seguro DPVAT** (anexos) a fim de provar os danos sofridos em razão das lesões decorrentes do acidente. Em que pese a indenização ter sido deferida na via administrativa, porém, o valor indenizatório atribuído a espécie fora menor que o devido.

Neste sentido, de acordo com a lei 6.194/74, com alteração dada pela lei 11.482/07, a indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE**, possui como limite o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente** e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

[...]

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Vale ressaltar que, para configuração do referido valor, se faz necessário à apuração do **grau lesionado**. Conforme explica o §1º do art. 3º, da presente lei.

Art. 3º. [...]

§1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, **deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente** e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:



William Oliveira
ADVOCACIA

No presente caso, a parte autora possui direito de receber a indenização, na modalidade **INVALIDEZ PERMANENTE**, conforme demonstrado os laudos médicos, todos em anexo.

Para configuração do valor devido é necessário à aplicação da seguinte equação: **O valor do teto + percentual + grau de lesão**, esse critério de cálculo tem previsibilidade na Súmula 474 do Superior Tribunal de Justiça:

Súm. 474. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Logo, considerando que a Requerida encontra-se acometida por invalidez de membro superior, bem como por ter recebido apenas o valor R\$ 1.687,50 (um mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), conforme documentação anexada, o que viola a legislação, pugna, portanto, pela complementação do valor, o que será apurado em juízo, inclusive, com a realização de perícia.

Neste sentido, entendeu o Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe

APELAÇÕES CÍVEIS. AÇÃO DE COBRANÇA C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL. OBSERVAÇÃO DO BINÔMIO NECESSIDADE E ADEQUAÇÃO. **PAGAMENTO NA ESFERA ADMINISTRATIVA NÃO INVIABILIZA RECLAMAÇÃO JUDICIAL DE QUANTIA ADICIONAL.** PRELIMINAR REJEITADA. MÉRITO: **A INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DECORRENTE DO SEGURO DPVAT DEPENDE DA VERIFICAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DE SUA QUANTIFICAÇÃO. PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PERÍCIA QUE CONCLUIU PELA INVALIDEZ PERMANENTE, PARCIAL E INCOMPLETA DE GRAU MÉDIO. FÓRMULA DE CÁLCULO: R\$ 13.500,00 (TETO) X PERCENTUAL DE PERDA X GRADAÇÃO. VALOR DA INDENIZAÇÃO QUE DEVE SER PROPORCIONAL AO PERCENTUAL APURADO PELO LAUDO (70%) E AO ÍNDICE MENCIONADO NA LEGISLAÇÃO (50%). VALOR DEVIDO DE R\$ 4.725,00.** TENDO EM VISTA QUE, NA ESFERA ADMINISTRATIVA, HOVE O PAGAMENTO DE R\$ 2.531,25, DEVIDA A QUANTIA REMANESCENTE DE R\$ 2.193,75. DANOS MORAIS EM RAZÃO DO NÃO PAGAMENTO INTEGRAL DO SEGURO DPVAT NA ESFERA ADMINISTRATIVA. NÃO CONFIGURAÇÃO. MERO ABORRECIMENTO. ENTENDIMENTO DO STJ. PRECEDENTES DESTES TRIBUNAL DE JUSTIÇA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS SUCUMBENCIAIS. PROVEITO ECONÔMICO IRRISÓRIO. NECESSIDADE DE ARBITRAMENTO EM VALOR FIXO. ART. 85, §8º, DO CPC/15. MAJORAÇÃO QUE SE IMPÕE. RECURSOS CONHECIDOS E

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

PARCIALMENTE PROVIDOS. (Apelação Cível nº 202000720206 nº único0029727-67.2019.8.25.0001 - 1ª CÂMARA CÍVEL, Tribunal de Justiça de Sergipe - Relator(a): Cezário Siqueira Neto - Julgado em 07/08/2020).

Diante dos fatos narrados e provas anexadas, a parte autora faz jus à indenização devida em decorrência dos danos sofridos.

II.1. Do Dano Moral

A Constituição Federal no seu art. 5º, V, diz que “é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por **dano material, moral ou a imagem.**”

Excelência, no caso em tela o dano moral está configurado, pois a ausência do pagamento devido por parte da Requerida ocasionou muitos transtornos a parte autora e a sua família, uma vez que a finalidade do valor indenizatório é justamente para custear com medicações, transportes e exames médicos. O Código Civil em seus artigos 186/187 esclarece sobre a Responsabilidade Civil, nos seguintes termos:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, **ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.**

É notório o constrangimento em que a Autora vem passando, além de sofrer pelos danos causados em razão do acidente, teve que suportar o transtorno de receber a verba indenizatória menor do que lhe é devido. Neste sentindo, entendeu o Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO DPVAT – DECISÃO QUE JULGOU PARCIALMENTE PROCEDENTE A AÇÃO – IRRESIGNAÇÃO – RETIFICAÇÃO DE ERRO MATERIAL CONSTANTE NO DECISUM OBJURGADO – MÉRITO – AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO SEGURO – EXISTÊNCIA DE

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

DANOS FÍSICOS AO AUTOR DECORRENTES DO ACIDENTE SOFRIDO – CANCELAMENTO DO SINISTRO PELA SEGURADORA – CONSTRANGIMENTO – **IMPOSSIBILIDADE DE UTILIZAÇÃO DO VALOR DO SEGURO NO TRATAMENTO MÉDICO A QUE FORA SUBMETIDO O DEMANDANTE** – **OCORRÊNCIA DE DANO MORAL** – MANUTENÇÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL – MAJORAÇÃO DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS – RECURSO CONHECIDO E PARCIALMENTE PROVIDO. (Apelação Cível nº 201800734169 nº único0001377-19.2017.8.25.0008 - 1ª CÂMARA CÍVEL, Tribunal de Justiça de Sergipe - Relator (a): Osório de Araújo Ramos Filho - Julgado em 29/01/2019) (TJ-SE - AC: 00013771920178250008, Relator: Osório de Araújo Ramos Filho, Data de Julgamento: 29/01/2019, 1ª CÂMARA CÍVEL)

Ainda sobre o tema, vale ressaltar a recente decisão do TJ GO, *in verbis*:

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO, DPVAT. AUSÊNCIA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO PELO PROPRIETÁRIO VEÍCULO. **SÚMULA 257 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. APLICAÇÃO. PRECEDENTES.** II. HONORÁRIOS. FIXAÇÃO ADEQUADA. VALOR DA CONDENAÇÃO. Não existem fundamentos para relativizar o entendimento consolidado na Súmula nº 257 do Superior Tribunal de Justiça cujo enunciado estabelece que *“A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização?”*. **Mesmo porque Lei nº 6.194/1974, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, às pessoas transportadas ou não, constitui normativo legal não excepciona o pagamento em casos de inadimplência do prêmio do seguro, sendo tal condicionamento vedado, pois não compete ao intérprete da lei estabelecer restrições que o próprio texto não fez.** II. Desprovido o apelo, de forma integral, aplicável a majoração dos honorários de advogado neste juízo ad quem, como determina o § 11 do artigo 85 do Digesto Processual Civil. APELAÇÃO CONHECIDA E DESPROVIDA.

(TJ-GO - APL: 04472074120148090024, Relator: Des(a). FAUSTO MOREIRA DINIZ, Data de Julgamento: 04/05/2020, Caldas Novas - 2ª Vara Cível, Data de Publicação: DJ de 04/05/2020)

Vale ressaltar ainda as Súmulas 246 do Superior Tribunal de Justiça:

Súm. 246. O valor do seguro obrigatório deve ser deduzido da indenização judicialmente fixada.

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

Ante as razões expostas, cumpre salientar que, a indenização por dano moral deve representar para a vítima uma satisfação capaz de amenizar, de alguma forma, o abalo sofrido e de infligir ao causador sanção e alerta para que não reitere o ato, uma vez que fica evidenciado completo descaso aos transtornos causados.

III. DOS PEDIDOS

Ante as razões expostas, **REQUER-SE:**

1. A concessão da Assistência Judiciária Gratuita, nos termos do artigo 98 do Código de Processo Civil;
2. A citação da Requerida, para, querendo, responder à presente demanda nos termos da lei, sob pena de sua revelia;
3. A autora OPTA, pela NÃO DESIGNAÇÃO DE ASSENTADA CONCILIATÓRIA, nos termos em que dispõe o art. 334, §5º do CPC;
4. Seja oficiado o setor de PERÍCIAS DO TJ/SE, a fim de proceder com a designação e realização de perícia médica para fins de constatar o grau de incapacidade que acomete a ora postulante;
5. Ao final, seja julgado totalmente procedente o pedido, com a condenação do requerido ao pagamento imediato do valor apurado, tendo em vista o grau de incapacidade da autora, devidamente atualizado até a data da efetiva restituição;
6. Seja o requerido condenado a pagar ao requerente um *quantum* a título de danos morais no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) a ser arbitrado por este juízo, considerando as condições das partes, principalmente o potencial econômico-social da lesante, a gravidade da lesão, sua repercussão e as circunstâncias fáticas;

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435



William Oliveira
ADVOCACIA

7. Ao final, a condenação do requerido em custas judiciais e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento).

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas e cabíveis à espécie.

Dar-se á presente o valor de R\$ 11.687,50 (onze mil e seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

Pede deferimento.

Aquidabã/SE, 21 de outubro de 2020.

WILLIAM OLIVEIRA SANTOS

11.081 OAB/SE



William Oliveira
ADVOCACIA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA, brasileira, casada, assistente administrativa, portadora do RG de nº 3.241.139-3 2ª Via e inscrita no CPF sob o nº 038.532.525-83, residente e domiciliada no Povoado Lagoa do Mato, nº 20, Zona Rural, Aquidabã-SE.

OUTORGADO: WILLIAM OLIVEIRA SANTOS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados – Seccional Sergipe, sob o nº 11.081, com escritório profissional localizado na Praça Rubens Oliveira, nº 1.100, Centro, Aquidabã/SE.

PODERES OUTORGADOS: pelo presente instrumento particular de mandato, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, para atuação em qualquer Órgão, Departamento, Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais** para sacar ALVARÁ, RPV, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes.

FINALIDADE: de forma especial e expressa concede(m) o(s) outorgante(s) ao(s) outorgado(s) os poderes acima descritos para ajuizar Ação Judicial em face da Seguradora Líder.

DECLARO, com base na Lei 7.115 de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no artigo 4º da Lei 1.0601 de 05/02/1950, e da Constituição Federal em seu artigo 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Aquidabã/SE, 30 de maio de 2019.

Valdilene de Oliveira Rocha

Assinatura do Outorgante

Endereço: Praça Rubens Oliveira, nº 1.100 – Centro
Aquidabã/SE, CEP. 49.790-000
E-mail: wos.advocacia@gmail.com
Cel.: (79) 99906-8435

DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	ALIMENTAÇÃO ORAL SUSCETIVIDADE	DOCUMENTAÇÃO DE CONTATO	DEPL. RENAL VAGADO	ANTIDOTICO DE USO	DATA	ESCALA DE COMA DE GLASSOW ACTIVIDADE

DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)
Ex de insuficiência renal

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
Tratamento urgente

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Assinatura: *[Assinatura]* Data: *06/11/17* Hora: *14h*

Carimbo: *[Carimbo]* NIR: *[Assinatura]*

Assinatura: *[Assinatura]* Data: *06/11/17* Hora: *14h*

Carimbo: *[Carimbo]* CRL (RECEBIMENTO)

Assinatura: *[Assinatura]* Data: *06/11/17* Hora: *14h*

Carimbo: *[Carimbo]* CRL (Autorização)

Assinatura: *[Assinatura]* Data: *06/11/17* Hora: *14h*

Carimbo: *[Carimbo]* ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação.

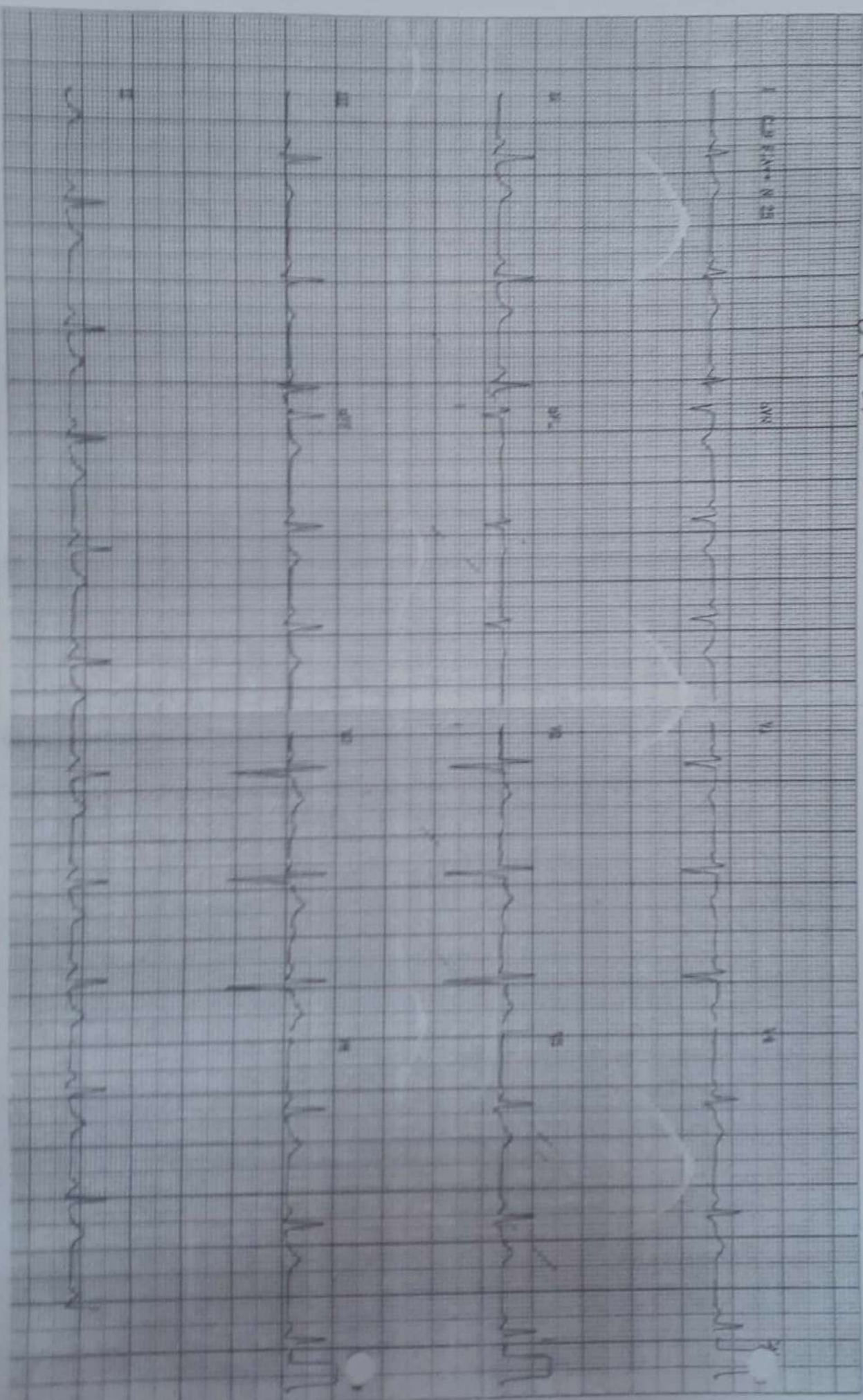
As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.

DUSV UTI. 2017. COPYRIGHT SIGAU. COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE. REDE ESTADUAL DE SAÚDE.

Vadi'lme de Oliveira Rocha
oto T. 1- B3

07.11.18





FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Relatório Fisioterapia

Paciente Volvulense de 65 anos.
 Queixa de dor aguda no tornozelo
 direito. Dor ao caminhar, ao subir e
 descer as escadas. Dor ao ficar em
 pé por mais de 10 minutos.
 Dor ao andar em terreno irregular e
 ao subir e descer as escadas.
 Queixa de inchaço no tornozelo direito
 desde o início da dor.
 História de hipertensão arterial e
 diabetes mellitus.

Dr. Tiago Aragão
 Fisioterapeuta
 CREFITO - 226731-F

CNPJ: 05.977.636/000
 Av. Leonor Barreto Franco, nº 370 - CEP 49790-000

09/03/19

M 790

S 42.2



FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Relatório de Opinio

Relatório de Opinio

Paciente de 65 anos, com
 dor aguda no tornozelo direito
 desde o início da dor. Dor ao
 caminhar, ao subir e descer as
 escadas. Dor ao ficar em pé por
 mais de 10 minutos. História de
 hipertensão arterial e diabetes
 mellitus.

Paciente de 65 anos, com
 dor aguda no tornozelo direito
 desde o início da dor. Dor ao
 caminhar, ao subir e descer as
 escadas. Dor ao ficar em pé por
 mais de 10 minutos. História de
 hipertensão arterial e diabetes
 mellitus.

CNPJ: 05.977.636/0001-01

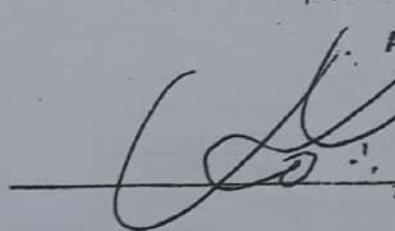
Av. Leonor Barreto Franco, nº 370 - CEP 49790-000



ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a)
VALDIR OLIVEIRA RODRIGUES encontra-se
impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período
60 DIAS por motivo de FMT VÍCIO DE
a partir desta data. C/D: 5-420

Aracaju/SE, 01/02/19


Antonio E. Lora Arce
Otorrinolaringologista
CRM 2808 - TEOR 2004

Av. Desembargador Maynard, 174 - Bairro Cirurgia PARX (79) 2106 7312
CEP: 49055-210 - Aracaju/SE e-mail: direcao@fhc.com.br

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valentine de Oliveira Procedência: Infermaria Matrícula: 1059663
Idade: 51 Sexo: M Data de admissão: 06/11/18 Leito: 1059663

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue: ☐ SIM ☒ NÃO Volume: 18 Vaga na UTI: ☐ SIM ☒ NÃO
- Preparo: ☒ Jejum a partir - HORÁRIO: 07:00 e DATA: 06/11/18 ☒ Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: ☐ Prótese dentária ☐ Lente de contato ☐ Jóias ☐ Grampos ☐ Outros: —
- Alergia conhecida: ☐ SIM ☒ NÃO () QUAL (IS): —
- Habito de vida: Tabagista: ☐ SIM ☒ NÃO () TEMPO: — / Etílica: ☐ SIM ☒ NÃO () TEMPO: —
- Passado cirúrgico: ☐ SIM ☒ NÃO () QUAL (IS): Cesariana
- Doenças atuais: ☐ HAS ☐ ICC ☐ IAM ☐ AVC ☐ DM ☐ INEO ☐ DPOC ☐ IRC ☐ ITU ☒ NÃO.
- Faz uso de medicamento: ☐ SIM ☒ NÃO () QUAL (IS): —

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: 04:50 h. Paciente admitido no SRPA procedente da infermaria para submeter-se ao ato cirúrgico e controle de glicemia, monitorizando PA 134x79 mmHg Sat 97% e 67 bpm aguardando cirurgia

ASSINATURA:

Maria Suelte Alves Nunes
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 885864

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Autônio Bora
- Instrumentador: Neuza
- Anestesiologista: Dr. Ygor M. Franco Santos
- Circulante: Tec. Solange

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO: ☐ SIM ☒ NÃO
- () 1ª Infusão: Volume: — Horas: —
- () 2ª Infusão: Volume: — Horas: —
- () 3ª Infusão: Volume: — Horas: —
- Anatomopatológico: ☐ SIM ☒ NÃO
- () Peça cirúrgica: —

QUESTIONÁRIO: 14:15 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: — Realizado: —
- Horário - Início: 14:25 h e Término 15:30 h.
- Monitoração: ☒ ECG ☐ Oximetria ☒ PANI ☐ Pressão invasiva:
- Técnicas Anestésicas: ☐ Geral venosa ☐ Geral intravenosa ☐ Geral combinada ☐ Peridural com cateter ☐ Peridural sem cateter ☐ Raqui-anestesia ☒ Bloqueio ☐ Sedação ☐ Local
- Posição Cirúrgica: ☐ Dorsal ☐ Ventral ☐ Ginecológica ☐ Lateral D ☐ Lateral E ☐ Outras
- Local da placa dispersiva: —
- Incisão Cirúrgica - local: —
- Curativo - Tipo e local: —

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 14:00 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: 15:30 h.

14:00 Paciente admitido na SO via deambulando, afeto e mucosa adequados, estável como causante, orientado e responde adequadamente às perguntas e exames físicos, faz uso de gelos hidratados.

14:40 Paciente encontra-se na posição lateral, estável no monitoramento, monitorizado FC=100 SPO2=100 Pulso=100 PA=150x80 mmHg de acordo com a cirurgia e anestesia, sem intercorrências até o momento.

Paciente encaminhado a SRPA, onde será feito o controle de glicemia e monitorização de sinais vitais.

ASSINATURA:

Tec. Solange M. Franco Santos
Técnica de Enfermagem
COREN/SE 524772



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valdilene de Oliveira Rocha Matrícula: 1059663
Enfermaria: _____ Convênio: _____
Diagnóstico: Fract de úmero proximal
Procedimento realizado: Red e/fixação
Data da utilização: 12/11/18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antonio Leão
CRM: _____

Dr. Antonio E. Leão Aze
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TECT 0001

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	placa
	03	parafusos corticais
	01	parafuso injetor

040820334

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ontoplan CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

RECEITUÁRIO

Nome: VALDILENE OLIVEIRA ROCHA

RELATÓRIO MÉDICO

O PTE SUPRACITADO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA
DO ÚMERO PROXIMAL DA
REALIZOU TR. SUPLENTO,
DANDO-LHE EM PARTE DE
REABILITAÇÃO.

CID: S-420

Dr. Antonio E. Lara Araoz
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2809 - TEOT 2824

20/05/19

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312
CEP - 49055-210 - Aracaju - SE



FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Valdilene de Oliveira Rocha

Relatório Médico

Paciente foi submetida a cirurgia em ambas
direitas para correção de fratura do umero
proximal em Novembro de 2018, após
acidente automobilístico. Paciente refere
dor e limitação funcional.

CID -> S42.2

25/05/19

Dr. Brício Bittencourt
Ortopedia - Traumatologia
CRM 41281/SE

CNPJ: 05.977.100/0001-01
Av. Leonor Barreto Franco, 370 - CEP 49790-000
Tel: (79) 3344-1508



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

coléctome de colúmen noilun
Data: *06.11.16* Convênio: *Sus* Matrícula: *1059663*
Paciente: *Valdeir Pereira Sabino* Idade: anos. *31*
Internação: */ /* Unidade: *UTJ R* Leito: *B03*

tem

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Distribuição de Horário

Diet: *UVU*
Gelco hidrolizado
Omeprazol 20mg O1 CP VO às 6h;
Cefalotina 1g EV de 6/6h; *(Simpol)*
Dipirona 2.8ml AD EV 6/6h SOS
Plasil 2.8ml AD EV 8/8h SOS
Captopril 25mg VO se PA > 160x100mmHg SOS
Profenid 100mg + 100ml SF EV 12/12h SOS
Tramal 100mg + 100ml AD EV 6/6h SOS
Clexane 40mg 1x/dia SC;
Glicemia capilar de 6/6h;
Glicose 25% - 04 amp. IV se glicemia < 70mg/dl
Insulina Regular, SC, conforme esquema:
180=0U 181-250=02U 251-300=04U
350=06U 351-400=08U > 401=10U
Sinais vitais e cuidados gerais de 6/6h

1º Turno
7 às 13h Ass.

2º Turno
13 às 19h Ass.

3º Turno
19 às 7h Ass.

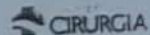
SOS
SOS
SOS
SOS
SOS

06
24 06
Carla

Eduardo Barbosa Soares
Médico
CRM-SP 5301
CRM-PL 4887

Enfermeiro
Enfermeiro
COREN-SP 200404

Magaly Rosa da Silva
CORENSE - 819.405-ENF
Joella F. Gouveia
Enfermeira
CRM-PL 91370



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: VACIOLENE M. OLIVEIRA NOVA IDADE: 32 SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: B3
DATA: 02/11/13 DATA INTERNAMENTO: 02/11/13 DATA DA FRATURA: 02/11/13 DATA DA CIRURGIA: 02/11/13 (Dr. Paulo T)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>CILAR</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>SUP</u>	<u>SUSP</u>	<u>Paulo T</u>	<u>18x Thioro</u>		<u>18x Thioro</u>	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>SOS</u>	<u>Paulo T</u>				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>SOS</u>					
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>121</u>	<u>SUSP</u>		<u>18x Thioro</u>		<u>18x Thioro</u>	
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS. 000UI SC 12/12H. <u>SUP</u>	<u>SOS</u>					
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS.	<u>SOS</u>					
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H.	<u>SOS</u>					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO	<u>SUSP</u>					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.	<u>SUP</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL	<u>SOS</u>					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
17. CURATIVO DIÁRIO <u>SUP</u>						
18. <u>SUP</u> TC NO ANEXO (A)						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4663

Carla Maria Santana
Enferm.
CRM-SE 131122-04

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18	<u>130x70</u>			

REGISTRO GERAL

3.241.138-3 2.VIA

DATA DE EXPIRAÇÃO 01/04/2019

NOME WALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

FILIAÇÃO WANDILEIDE PEREIRA SANTOS

JOAO OLIVEIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 27/04/1987

AGUIDABA-SE

DCC CRODEM CT. CASAMENTO NR 1389 LV B04 FL 146V

CART.DA COM. AGUIDABA/SE

CPF 038.532.525-83

Jenilson de Jesus Gomes

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

LEGISLAÇÃO GERAL DE POLÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - DR. CARLOS MENDES

Waldilene de Oliveira Rocha

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cópia
Colorida

Cartório do 1º Ofício - Notas e Protestos
Praça da Bandeira, nº98 - Centro
CEP - 4979-000 - Fone 3341-1355
Aquidabã - Sergipe

Certifico que a presente cópia
é a reprodução fiel do original
que me foi apresentado

Aquidabã 04 de 04 de 2019

O referido é verdade e dou fé.

Mariana Macedo Barros

Escrevente Substituta

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

1º Ofício da Comarca de
Aquidabã

09/04/2019 11:01

<http://www.tjse.jus.br/x/UF/ST7>



20192552800758

Cliente

1º Titular

VALDILENE DE OLIVEIRA

Agência

1399-4

Conta

17.367-3

Variação

51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
30/04/2019		Saldo Anterior			58,33 C
→ 02/05/2019	02	615-Recebimentos Diversos	1399-4	927.788	1.687,50 C
03/05/2019	05	737-Juros	1399-4		0,22 C
08/05/2019	08	601-Transferência de Crédito	5657-7	25.605	50,00 C
10/05/2019	10	636-TED Mesma Titularidade	1399-4	237.911.481	5.388,00 C
27/05/2019	10	181-Pagamento Titulos BANCO SANTANDER (BRASIL) S.A.	1399-4	17.367	509,20 D
27/05/2019	10	181-Pagamento Titulos CAIXA ECONOMICA FEDERAL	1399-4	17.367	180,00 D
28/05/2019	10	181-Pagamento Titulos CAIXA ECONOMICA FEDERAL	1399-4	17.367	136,09 D
28/05/2019	10	181-Pagamento Titulos ENERGISA SERGIPE - DISTRIBUIDO	1399-4	17.367	70,87 D
31/05/2019	02	737-Juros	1399-4		6,27 C
S A L D O					6.294,16 C
VALOR BLOQUEADO					
DISPONÍVEL					
RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC					
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.					

OBS: FUTURO E SEGURANCA SAO SINONIMOS DE POUPANCA BB.NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

Impresso em: 02.10.2019 às 09:54:49

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
 Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
 Ouvidoria BB - 0800 729 5678
 Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	038.532.525-83	Valdilene de Oliveira Rocha
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Valdilene de Oliveira Rocha	038.532.525-83	
Profissão:	Número:	Complemento:
Assistente Administrativa	20	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:
Zona Rural	Aquidabã	SE
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	49790-000	(79) 99802-7948

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 1399 4 CONTA: 17.367 3

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Aquidabã - SE 12/04/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdilene de Oliveira Rocha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

CAPEMISA

12 ABR 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PROMTUÁRIO 1059663
UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA			CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
NOME DO PACIENTE Valdilei de Oliveira Rocha			DATA DO NASCIMENTO 24/04/87	
NOME DA MÃE Valdilei Pereira Soutos			SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
ENDEREÇO COMPLETO Paraná Lagoa do Mato nº 20			MUNICÍPIO EM QUE RESIDE Belo Horizonte	
DATA DE INTERNAÇÃO 06/11/18	HORA DE INTERNAÇÃO 18 Hs.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO 03	NÚMERO DO LEITO 3
ENFERM.		CPF MÉDICO SOLICITANTE		

TIPO DE SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR	<input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	<input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE
<input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA	<input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
<input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL	<input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO	
<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS	
<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE TRANSPLANTE	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

01 photo
03 transfusão total
04 profuso esparso

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

☐ SIM ☐ NÃO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO AUTORIZADOR

MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA
(ASSINATURA / CARIMBO)



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

VALDIR OLIVEIRA ROCHA

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

FRATURA COMINADA ÚMERO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA:

REDUÇÃO CIRÚRGICA C/ FIXAÇÃO

CIRURGIÃO:

DR. ANTONIO LARA

ANESTESIOLOGISTA:

DR. ISOL

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

FRATURA COMINADA ÚMERO DIREITO

EQUIPAMENTOS



B. E. / BIPOLAR



TRÉPANO ELÉTRICO



SERRA ELÉTRICA



MICROSCÓPIO CIRÚRGICO



FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1- MARCA-ANCHADO

2 COLARADO CAMPOS

3 INCISÃO DELTOIDEANA DA

4 REDUÇÃO FRATURA

5 FIXAÇÃO C/ PLACA E PARAFUSOS

E ANOTAÇÃO C/ ETIQUETA N° 5

6 SURTIU POR PLANOS DE PRE

7 CURATIVO, FIM DO PROCEDIMENTO



12.11.18

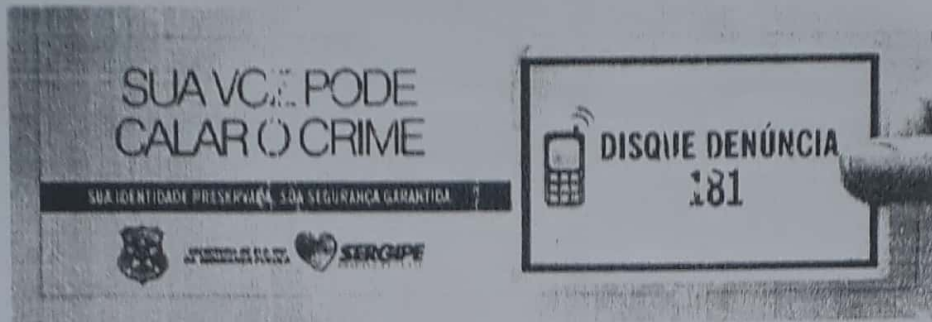
DATA

MOD. 001/HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Dr. Antonio E. Lara Araoz
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10000 - TEST 0024

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	 HOSPITAL CIRURGIA
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		2 - CNES 0002283 4 - CNES 0002283
Identificação do Paciente 8 - NOME DO PACIENTE VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 702006380780182 11 - NOME DA MÃE VANDILEIDE PEREIRA SANTOS 13 - NOME DO RESPONSÁVEL VANDILEIDE PEREIRA SANTOS/MAE 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POVOADO LAGOA DO MATO S/N 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA AQUIDABA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1059663 10 - RAÇA/COR 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 79 998027948 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD 79 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO SE 18 - UF SE 19 - CPF 49790000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Fratura do ímex proximal da perna acident de moto no ± 14 km</p>		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Tratamento Cirúrgico</p>		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Ex de ímex proximal</p>		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de ímex proximal		24 - CID 10 PRINCIPAL S422 25 - CID 10 SECUNDÁRIO V230 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Ortognatoss</p>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0108020334
29 - CLÍNICA Ortognatoss 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Ortognatoss 31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Luciano Passos de Almeida 32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 15475180534 33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 06/11/18 34 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Luciano Passos de Almeida Ortognatoss		35 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF 36 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 15475180534
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO 39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		41 - Nº DO BILHETE 42 - CNPJ DA SEGURADORA 43 - CNPJ EMPRESA 44 - CBOE
AUTORIZAÇÃO		
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 08/11/18 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Antônio Carlos de Almeida Ortognatoss		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 281810016645-3



DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

AV. PARAGUAI, CENTRO FONE: (79) 3341-1238

Boletim de Ocorrência 2018/06527.0-000690 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

Endereço: AV. PARAGUAI, CENTRO FONE: (79) 3341-1238

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

Data e hora do Fato: 06/11/2018 - 07:00 até 06/11/2018 - 09:30

Endereço: POVOADO LAGOA DO MATO Número: S/N Complemento: ZONA RURAL CEP: 49790-000

Bairro: CENTRO Cidade: AQUIDABA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

Nome do pai: JOAO OLIVEIRA Nome da mãe: VANDILEIDE PEREIRA SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 32411383 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: AQUIDABA Data de nascimento: 27/04/1987 Sexo: Feminino Cor da pele:

Profissão: Não informado Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: POVOADO LAGOA DO MATO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO AO BAIRRO AILTON

CEP: Bairro: Cidade: AQUIDABA UF: SE

Proximidades: ZONA RURAL Telefone:

HISTÓRICO

Narra a noticiante que no dia, hora e local acima citado que, estava seguindo em sua moto de MARCA/MODELO: HONDA BIZ 125 ES PLACA: QK0742/SE, CHASSI: 9C2JC4820ER024604 - ANO: 2014, CATEGORIA: PARTIC, COR: VERMELHA, registrada em nome de: Valdilene de Oliveira Rocha, sentido Lagoa do Mato a Aquidabã, quando colidiu contra um cachorro nas imediações do povoado Santa Terezinha, QUE, devido a colisão a noticiante fraturou o punho esquerdo e a clavícula direita, conforme ficha de atendimento do Hospital Regional de Propriá, onde a noticiante foi atendida.

Para fins de DPVAT.

Acrescentado por Leonard Raphael Moura Araújo - 23/11/2018 às 11:37
QUE, FOI TRANSPORTADA PARA O MUNICÍPIO DE PROPRIÁ POR UMA AMBULÂNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE AQUIDABÃ.

Acrescentado por Leonard Raphael Moura Araújo - 23/11/2018 às 11:59
ACRESCENTAR A PLACA CORRETA: QK08742/SE

Data e hora da comunicação: 23/11/2018 às 11:32

Responsável pela Alteração: Leonard Raphael Moura Araújo

Última Alteração: 12/02/2019 às 09:54.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou a contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Valdilene de O. Rocha
VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA
Responsável pela comunicação

Paulo Jose Barbosa da Silva
Delegado(a) de Polícia

Leonard Raphael Moura Araújo
Responsável pelo processamento

CAPEMISA

12 ABR 2019

CHURCIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBNH)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: 2. Lailane de Oliveira Rocha

IDADE: 34 SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: 070 I 1059663

DATA: 09/11/18 DATA INTERNAMENTO: 06/11/18 DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / IDH: /

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA						
2. GELCO HIDROLISADO						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>SUSP</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS, 000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H <u>SOS</u>						
10. Sonda Vesical de Alívio <u>SOS</u>						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PA > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Camila de Oliveira Lima IDADE: SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: B3
DATA: 11/11/18 DATA INTERNAMENTO: DATA DA FRATURA: DATA DA CIRURGIA: (DI.)

	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>C I - N</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>SUP</u>		<u>de Thiana</u>	<u>de Thiana</u>		<u>de Thiana</u>	
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SUP</u>						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS.						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H. <u>SOS</u>						
10. Sonda Vesical de Alívio <u>SOS</u>						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. <u>SUP</u> INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	<u>4/4</u>		<u>4/4</u>		<u>4/4</u>	
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.		<u>de Thiana</u>	<u>de Thiana</u>		<u>de Thiana</u>	
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO <u>SUP</u>						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SF 4003

Tory Nino Santana Menezes
Enfermeiro
COREN-SE 181.182 - ENF

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeiro
COREN-SE 181.182 - ENF

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	<u>120x8</u>			
18	<u>130x60</u>			



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: VALDIRA DE OLIVEIRA ROCHA

IDADE: 83 SEXO: F () M () LEITO/UNIDADE: B3

DATA: 10/11/18 DATA INTERNAMENTO: DATA DA FRATURA: DATA DA CIRURGIA: (Dr.)

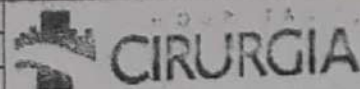
	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>LILAR</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>SUIA</u>						
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. <u>SUIA</u>						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS. 000UI SC 12/12H.						
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS.						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H. <u>SOS</u>						
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO <u>SOS</u>						
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. <u>SUIA</u>						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL. <u>SOS</u>						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECLÍTIO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA. <u>12 de Thais</u>						
16. CCGG+SSVV 6/6H. <u>18 de Thais</u>						
16. CURATIVO DIÁRIO <u>SUIA</u>						
17. <u>Revisar TC no arthro</u>						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 4003

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	<u>110x60</u>			
18	<u>120x80</u>			

Dr. Gilson Teixeira
Enfermeiro
COREN-SE 4003

N: Valdine de Oliveira Rocha Matrícula: 83
Idade: 31 anos Admissão: 07.11.18



FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

agnósticos:
Sdgos: FC: 76 FR: 19 PA: T: 36.9
M() T() N() DATA: 07.11.18
AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
VA: Sedeção: DVA: SpO2:
Ventilação Modo: RC: TI: VC: Fluxo:
Mecânica: FIO2: PEEP: PS: I:E: FR: Sens:
Monit. Vent: Cost: Cdln: Res: IRRS: PaO2/FIO2:
PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente consciente, orientada, AA, VE, padec
respiratório misto, tórax e abdômen normais. Não
for possível aferir a pressão arterial por conta do enfi-
chamento nos MMSS. Deixa a paciente em BCG. Seguintes
SSVU = FC 64, FR 19, T 36.9, SpO2 97%.

CONDUTA: (X) FISIOTERAPIA MOTORA (X) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU POR?:
() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:
(X) TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras:
() RPPI () Posic () Cuff / / () MAN () RCP () Extub
Motora: (X) Passiva (X) Ativo-assistida () Ativo () Resistido
(X) SL (X) S c / MMII pend () SP (X) ORT () S / L (X) ME (X) DEA
Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esc () Ros

QBS: Ad. Janny Kelly Martins da Silva.
Prof. Msc. Thiago Abner (preceptor)
Izabelle Fortes
CREFITO 155786 - F
Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASQ:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

MAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
Fisioterapeuta/CREFITO
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
Fisioterapeuta/CREFITO

CONDUTA: () FISIOTERAPIA MOTORA () FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA
DESMAME: () S / () D / () P - Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU POR?:
() THB () EENM () MRA () TRE VNI (tipo): Tempo:
() TEP () Ex. Resp () Transporte () TMR () Monit () Intub Outras:
() RPPI () Posic () Cuff / / () MAN () RCP () Extub
Motora: () Passiva () Ativo-assistida () Ativo () Resistido
() SL () S c / MMII pend () SP () ORT () S / L () ME () DEA
Secreção: () P () M () G () F () E () MU () S () MS () MP () Am () Esc () Ros

QBS:
Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS						
EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
GASQ:		pH:	PaO2:	PCO2:	HCO3:	BE:
RAIO X:		OUTROS:				

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
Fisioterapeuta/CREFITO
DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
CONDUTAS: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
Fisioterapeuta/CREFITO



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Laboratório

Data: 07/11/2018
Hora: 18h31

Atendimento: 1039493
Nome: VALDILENE DE OLIVEIRA SOUSA
Tp. Atend: Internamento
Endereço: RUA DO LAGO DO MATO N° 20
Cidade:
Sexo: Feminino
Leito: ORT BUCO 803-Ortopedia I

Convênio: Sae Ipiranga
Med. Sol: Luciano Passos De Souza
Razão:
Telefone: 99802-7948
Idade: 31 anos

03

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 07/11/2018 10:50

Material: Sangue Total
Método: Automatizado

ERITROGRAMA		Referência
A) Eritrócitos	4,2 milh./mm ³	Homem: 4,0 - 5,4 Mulher: 3,8 - 4,7
B) Hemoglobina	12,0 g/dl	Homem: 13,0 - 17,0 Mulher: 12,0 - 16,0
C) Hematócritos	35,5 %	Homem: 40 - 50 Mulher: 35 - 47
ÍNDICES ERMATÓMETRICOS		
A) V.C.M	89,02 fl	82 - 95
B) H.C.M	29,27 pg	26 - 34
C) C.H.C.M	32,88 g/dl	30 - 35
D) R.D.W	14,1 %	10 - 15
LEUCOGRAMA		
A) Leucócitos (global)	10.600 /mm ³	5.000 a 10.000/mm ³
B) Contagem diferencial		
Segmentados	77,3%	40 a 70
Eosinófilos	01,8%	1.600 a 7.300
Basófilos	00,5%	01 a 04
Linfócitos	14,4%	50 a 400
Monócitos	06,0%	00 a 02
PLAQUETAS		
Valor Encontrado	247.000 /mm ³	150.000 a 400.000/mm ³

Mônica Ribeiro de Oliveira Emeraço
Biomédica
CRM 1988

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRM 0948

Ana Regina F.C. Carvalho
Biomédica
CRM 0776

Marta Lúcia Santana
Biomédica
CRM 1.1658

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRM 2880

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRM 2795

Jaqueline Lúcia dos Santos
Biomédica
CRM 2675

Rafael Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRM 7908



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Laboratório

Data: 07/11/2018
Hora: 10:31

Atendimento	1059663	Convênio	Sus Interno
Nome	VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA	Med.Sol:	Luciano Passos De Souza
Tp.Atend	Internamento	Bairro:	
Endereço	POVOADO LAGO DO MATO N° 20	Telefone:	99802-7948
Cidade		Idade:	60 anos
Sexo:	Feminino		
Leito	ORT BUCO 803-Ortopedia 1		

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 07/11/2018 10:50

Material: Plasma
Método: Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	14,8	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	84	70 a 100%
INR	1,18	0,81 a 1,13

VALORES DE INR RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	INR
Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos :	
de alto risco :	2.0 - 3.0
Prevenção de Trombose venosa profunda :	2.0 - 3.0
Prevenção de Tromboembolismo :	2.0 - 3.0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de :	
pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas. :	3.0 - 4.5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1988

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

№ 018950

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

p. 36

CIENTE: Colaptes auratus Colaptes auratus Colaptes auratus
 DATA: 12.11.18 PRONTUÁRIO Nº 1059603
 DATA DA CIRURGIA: 12.11.18 CONVÊNIO: SUS
 CIRURGIÃO: Dr. [illegible] PROCEDIMENTO:

№ 018950

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero		
Placa em T 3,5			Haste Bloqueada Proximal		
Placa A/ C Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste		
Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5	05K	01	Parafuso de Bloqueio Distal para Haste		
Placa em Trevo 3,5			Parafuso Tampão		
Placa de Reconstrução 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten		
Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Tuba Tuba <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
Placa A/ C Estreita 4,5			Fixador Linear (Antebraço)		
Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Úmero)		
Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur		
Placa Supra Condílar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
Placa em L / T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Articulado (TP Colles)		
Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Ilizarov		
Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Lâmina de Cartilagem		
Parafuso Deslizante			Lâmina de Osso		
Parafuso de Compressão			Equipo p/ Bomba Infusão		
Prótese Thompson			Equip. Multivias		
Parafuso p/ Acetábulo			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
Acetábulo Bipolar			Parafuso Transverso		
Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso de Interferência		
Acetábulo Cimentado			Agrafe		
Inserto do Acetábulo			Âncora Femural (Endobolon)		
Cabeça Intercambiável			Âncora		
Haste			Cânula		
Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Componente Femoral			Fio de Steinmann		
Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
Base Tibial			Grampo de Blount		
Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 ()		
ITE			Placa Bloqueada 4,5 ()		
ento Ortopédico			Placa Titânio () ()		
Cimentação			Placa Pedus		
ipo Cirúrgico					

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO RTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	QTD
PARAFUSO RTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	QTD
PARAFUSO ONJOSO	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº	QTD
FUSO ICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº	QTD
ISO AR	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5	Nº	QTD
IO ESPONJ. TA	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5	Nº	QTD
ESPONJ.	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/16	Nº	QTD
RT	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO R/32	Nº	QTD



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRÚRGICO

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Valdineu de Oliveira Rocha
NUMERO DE INTERNAMENTO: 1059663
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Redução q fixação MSD
CIRURGIÃO: Antônio Lara
ENFERMEIRO: Solange M. Franco Santos
CIRCULANTE DE SALA: Tec. Solange
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Ygor
INSTRUMENTADOR: Marcela
DATA: 12/11/18
SALA CIRÚRGICA: 06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES

LOTES



FORADORES: Enfermeiros João e Josivaldo
1/06/2016

Levar junto ao prontuário



FUNDACÃO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PACIENTE

MATÉRIA

COMPARTIMENTO

CURRÍCULO REALIZADO

DATA

COMPARTIMENTO

1º AVALIAÇÃO

2º AVALIAÇÃO

ANESTESIA

ANESTESIOLOGIA

CIRURGIA

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM

MONOCRYL 5.0 REF Y495

MONOCRYL 3.0 C/2 AG. 70CM

MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

9 () 10 ()

POLYESTER (TIBOND) Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

VICRYL Nº 0 5/8 G.

CATGUT, SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

6 () 7 ()

CATGUT, SIMPLES S/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

6 () 7 ()

CERA P/0550

ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO

FITA CAR/OLICA FC 500

KIT CAT/OLICA 3/8 6.5MM REF KB5510

LIGA CLIP 100

LIGA CLIP 300

MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM

MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM

MONOCRYL 3.0 REF 8450-30

MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

ALGODÃO HIDROFILO

A/CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()

A/BAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)

A/SULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30X0.70 ()

30X0.80 () 40X0.12

AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20 ()

AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27

ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ()

15CM () 20CM ()

ATADURA CREPOM 10CM

ATADURA CREPOM 15CM

ATADURA CREPOM 20CM

ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM ()

BOLSA DE COLOSTOMIA

CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()

9.0 ()

C/PA P/ MICROSCÓPIO () C/PA P/ VÍDEO ()

COLETOR DE URINA, SISTEMA FECHADO

DRENO DE KERH EMT Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()

DRENO DE SUCCO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()

DRENO DE TORA X Nº 28 () 36 ()

DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()

ELETRODO DESCARTAVEL

EQUIPO MAC/OGOTAS C/ INJETOR LATERAL

ESCOVA PVI

ESPONJA G/ LFOAM MEDICINAL

1 - CATH AMARILLO () AZUL () VERDE ()

LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 34 ()

LATEX 204 AMARILLO () SUCONE ()

LUVA ESTERIL 7.0

LUVA ESTERIL 7.5

LUVA ESTERIL 8.0

PLACA DE BISTURI ELÉTRICO

SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()

SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 2ML ()

SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5 ML ()

SERINGA DESCARTAVEL 10ML

SERINGA DESCARTAVEL 20 ML

SERRA DE GIGLI

SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()

16 () 18 () 20 ()

SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()

16 ()

SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()

20 ()

SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()

SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()

4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()

QNT Sonda Endotraqueal C/ Balão Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 ()

5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()

QNT Sonda Endotraqueal S/ Balão Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 ()

4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()

SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()

3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()

SONDA GÁSTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()

20 () 22 ()

SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()

20 ()

SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()

20 ()

SONDA CATETER TIPO OCULOS

TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS

FRACIONADOS

CAL SOLDADA

ESPARADRAPO COMUM

ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO

ETER SULFÚRICO

FORMOL 10%

GORRO TURBANTE

MÁSCARA DESCARTAVEL

POLIVÍDINE TÓPICO

POLIVÍDINE DEGERMANTE

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) VALDICEIR N
OLIVEIRA NUNES
ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM
PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: 5.421

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE 08/12.../12...



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 12/11/18 Convênio: _____ Matricula: _____
Paciente: ALDINEZ OLIVEIRA NOCHA Idade: _____
Internado em: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: 03

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de Horário				Unidade de Enfermagem	
		1ª Turma	2ª Turma	3ª Turma	4ª Turma	Quantidade	Discriminação
1	Repouso absoluto	Atenção					
2	Dieta livre	SND					
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	(5)	500	500	500		
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	12	18	24	06		
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	12	18	24	06		
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12hrs	06		24	06		
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	10	16	22	04		
8	Cuidados gerais.						

Dr. Antonio E. Lima Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEST 6824

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia Traumatologia
CRM SE 4003

13/11/18
- CURTI-
- TALA AXILUPOMA no MSE (TEINLO MCHY)
- A172.

Dr. F. Gouveia
Enfermeira
COREN 1370

Recebimento da Farmácia:
Hora: _____ Funcionário _____
Entrega na Unidade:
Hora: _____ Funcionário _____

PAQUETE		VADILHES DE VELAS RUIN					MATRÍCULA:	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	SANIT. BEM:	LEITO:	CONVENIO:		

[illegible]

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☒ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIÁRISE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: _____

07/07/2019
19:00 às 07:00 h

Paciente agitado, leito no momento
com M.S.P. moderado e/ou leve
paciente insomniável p/ o leito no dia 07/07
paciente admitido neste setor procedente da urgência ortopédica
Administrado medicação de horário eletivo 409
Vencido lençol
24/07/2019 paciente segue os cuidados sem queixa até o momento + adme
nistrado. Tromel SPS 100mg paciente com dor
paciente dormindo no momento
Administrado medicação de horário eletivo 209 + paciente
segue sem queixa até o momento + administrado Tromel 100mg

Assinatura e identificação
Divala 1088347

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura									36,7				Glicemia												
Pressão Arterial									120				Escala de Dor												
F. Cardíaca																									
F. Respiratória																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Íntima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina: _____

19.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 20.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 21.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 22.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 23.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 24.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 25.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro
 26.07 Paciente no 11º andar, origem de "Além" (suposto) Romo, em uso g/lo Hidro

Assinatura e identificação
 19/07/2019
 19/07/2019

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
temperatura													Glicemia												
Pressão Arterial													Escala de Dor												
F. Cardíaca																									
F. Respiratória																									

	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal																								
2-Troca de Fralda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes
Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
Alterações na urina: _____

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no M3D hidratado, calma, eufórica, afébril, acionética, em companhia de familiar.
08:00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela nutrição.
09:00 - Realizado pombo de suspensão + estética do leito.
10:00 - Adm. premed IV de morfio, conforme prescrição médica.
Aceitou o suco, oferecido pela nutrição.
12:00 - Adm. dipirona IV de morfio, conforme prescrição médica.
Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição.
12:30 - Paciente bem atendido da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação
da enfermeira

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes
Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
Alterações na urina: _____

13h Paciente no leito calma, tranquila em uso de AUP no M3, sem alterações.
14h Paciente se queixa de dor administrado tramal de 300 segue aos cuidados.
15h Aceitou o almoço sem queixas.
15h Realizado AUP no M3D em gelos 24.
16:40h Realizado AUP no M3D sem alterações.
18h Administração de dipirona, antak 2 horas.
18:30h Aceitou o jantar sem queixas no momento.

Assinatura e identificação
da enfermeira

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

4:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no S.D. hidratado, calma, eufórica, afébril, acianótica, em companhia de familiar, em dieta zero, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

9:00 - Realizado banho de aspersão.

1:00 - Adm. de Insulina IV de 10 unidades, conforme prescrição médica.

2:00 - Adm. de Insulina IV de 10 unidades, conforme prescrição médica.

4:00 - Paciente em dieta zero, aguardando o chamado do centro cirúrgico.

2:10 - Paciente segue bem sob cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação

Patricia Rainan

Téc. de Enfermagem

CRP 1038946

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	

4:00 - Paciente no leito em dieta zero, aguardando chamado do C.C. e em uso de AUP no M.S.D. hidratado, em companhia familiar, segue sob cuidados de enfermeira encarregada para o C.C. em maço tranqüila sem alterações até o momento.

5:40 - Paciente retornou do C.C. com cirurgia suspensa por falta de material.

8:00 - Paciente recebeu suplenimento de líquidos.

8:30 - Paciente recebeu o jantar sem queixas.

Assinatura e identificação

Thaís de Jesus

Téc. de Enfermagem

CRP 987858

NOME: Valdileme de V. Rocha
 IDADE: 31 LETO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia J

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes
 Alterações na urina:
 7h: Paciente no leito sem queixa monitendo o quadro clínico
 7:30h: Deitou o leite da manhã sem queixa
 8h: Realizada banho, higiene oral, higienização do leito
 9h: Deitou o almoço sem queixa
 10h: Deitou o jantar sem queixa
 11h: Deitou o almoço sem queixa
 12h: Deitou o jantar sem queixa
 13h: Deitou o almoço sem queixa no momento

Assinatura e Identificação: Thiara Souza 8584858

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes
 Alterações na urina:
 3h: Paciente encontra-se tranquila sem alterações segue aos cuidados
 4h: Deitou o leite sem alterações
 5h: Deitou o almoço sem queixa no momento
 6h: Deitou o jantar sem queixa
 7h: Deitou o almoço sem queixa
 8h: Deitou o jantar sem queixa

Assinatura e Identificação: Thiara Souza 8584858

NOME: Valdileene de Oliveira Rocha
IDADE: 31 LEITO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia J

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes Alterações nas fezes: _____

10-OLURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina: _____

07h Acumt no leito sem queixa mantendo o quadro clínico sem queixa
07:30h Deitou o café da manhã sem alterações
08h Verou 3300, conforme prescrição
09h Paciente tomou banho no banheiro, troca de lençóis
10h Administração de leite sem alterações
11h Administração de profenid conforme prescrição 12:00 Administração de Dipirona
12:30 Deitou o almoço sem alterações
Segue aos cuidados

Assinatura e identificação
858486
98785

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero _____ vezes 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero _____ vezes Alterações nas fezes: _____

10-OLURESE: Ausente: _____ horas ☐ Presente: _____ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina: _____

13h Paciente no leito desacompanhado segue aos cuidados da enfermagem
14h Verou 3300 sem alterações no momento
15h Deitou o almoço sem queixa
16h Mantendo o quadro clínico
17h Administração de dipirona, antok de horário
18:30h Deitou o jantar sem queixa no momento

Assinatura e identificação
858486
98785

NOME: Valdineia De Oliveira Rocha
 IDADE: 31 LECTO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia I

1- NUTRIÇÃO: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúva
 2- COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 3- LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 4- CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Turbul ☐ Solene
 5- ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7- INGESTÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8- INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9- EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10- ODIÓREIA: Ausente ☐ Jorral ☐ Presente ☐ Ausente
 Alterações na urina:
☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Assinatura e identificação

1- NUTRIÇÃO: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúva
 2- COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 3- LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 4- CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Turbul ☐ Solene
 5- ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente
 6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7- INGESTÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8- INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9- EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10- ODIÓREIA: Ausente ☐ Jorral ☐ Presente ☐ Ausente
 Alterações na urina:
☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

19/05/2019 - Paciente liberada de e em casa em uso de fisioterapia em tempo
 realizado xaxi e logo após encaminhada p/ enfermagem sem queixa
 de dor, febre, tosse, dispnéia, dor no peito
 18/05/2019 - Paciente em casa sem queixa
 segue sob cuidados

Assinatura e identificação
 858785

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 027.824.846

DADOS DO CLIENTE:

VALDILENE DE OLIVEIRA

POV LAGOA DO MATO 20 49790000

AQUIDABA



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



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
3/896517-0



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA
SET/2020



APRESENTAÇÃO
21/09/2020



CONSUMO
24 kWh



VENCIMENTO
28/09/2020



TOTAL A PAGAR
R\$ 18,10

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL		001-9	00190.00009 03268.919002 00883.360174 9 83920000001810		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				VENCIMENTO 28/09/2020	
BENEFICIÁRIO ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA				CNPJ 13.017.462/0001-63	
ENDEREÇO RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150				AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO	
				NOSSO NÚMERO 32689190000883360	
DATA DO DOCUMENTO 17/09/2020	Nº DOCUMENTO 000896517-2020-09-7	ESPÉCIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 17/09/2020	(=) VALOR DO DOCUMENTO 18,10
	CARTEIRA 17	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(=) VALOR COBRADO
PAGADOR VALDILENE DE OLIVEIRA POV LAGOA DO MATO 20 49790000 SACADOR/AVALISTA			CNPJ/CPF 038.532.525-83 AQUIDABA (AG: 468) CÓD. DE BAIXA		



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Ficha de Compensação



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

129.60814.76-4

NÚMERO

1710464

SÉRIE

001-0

UF

SE

Valdine de Oliveira Rocha


ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



FORMULÁRIO
Piloto

NOME: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA	
LOC. DE NASC.: AQUIDABA - SE	27/04/1987 NASCIMENTO
FILIAÇÃO: JOÃO OLIVEIRA VALDILEIDE PEREIRA SANTOS	
DOC. APRESENTADO: RG 3241138 SSP SE	
ESTADO CIVIL: CASADO	
LEI Nº9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.	
RG: 3241138	CPF: 038.532.525-83
LOCAL DA EMISSÃO: PM-AQUIDABÃ EMIÇÃO: 19/07/2007	
 ASSINATURA DO EMISSOR	

02
BRASILEIRO
QUALIFICAÇÃO CIVIL

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

Fundação Estadual de Saúde**CNPJ: 10.437.005/0001-30****End.: Av. Mamede Paes Mendonça, 629****Bairro: Centro****Município: Aracaju****Cargo: Agente de Endemias****Data de Admissão: 20/03/2012****Remuneração específica: R\$ 545,00 + R\$ 77,00****(quinhentos e quarenta e cinco reais +
complementação salário mínimo de setenta e sete
reais)****Carlos André Roriz**

Diretor Adm. e Financeiro

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA

19

DE

Março

DE

2013

Cláudia Menezes Santos

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1ª

Cláudia Menezes Santos

COM. DISPENSA CD Nº

Diretora Geral

FGTS Nº DA CONTA:

FUNESA

CONTRATO DE TRABALHO

07

EMPREGADOR

CNPJ: 05.977.636 / 0001 - 01

CGC/CPE/CEI

FUNDAÇÃO MEDICA SANTA CECILIA

ENDEREÇO

Av. Leonor Barreto Franco, 370

MUNICÍPIO

Bairro Centro CEP: 49.790-000

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

Aquidabã - Se

CARGO

AUXILIAR DE FISIOTERAPIA

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO

01

DE

Fevereiro

DE

2014

REGISTRO Nº

FLS. / FICHA

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA

R\$ 724,00 por mês

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1ª

2ª

DATA DE SAÍDA

DE

DE 19

ASS. DO EMPREGADOR OU A ROGO C/ TESTEMUNHA

1ª

2ª

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

21/10/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico e dou fé que autuei e distribuí a presente ação no sistema informatizado do Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe. </br>{Via Movimentação em Lote nº 202000802}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

21/10/2020

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Autos conclusos.</br>{Via Movimentação em Lote nº 202000803}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

23/10/2020

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Defiro os benefícios da justiça gratuita. Por conseguinte, verifico que a parte autora manifestou na Petição Inicial seu desinteresse pela realização da audiência de conciliação, razão pela qual deixo de proceder com a marcação da assentada conciliatória, haja vista a sua aparente impertinência neste momento processual. Diante do exposto, cite-se a parte demandada para apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, fazendo constar no mandado as advertências dos arts. 344 e 345, CPC.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
Aquidabã**

Nº Processo 202060001163 - Número Único: 0001140-95.2020.8.25.0002

Autor: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

Réu: SEGURADORA LIDER

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Por conseguinte, verifico que a parte autora manifestou na Petição Inicial seu **desinteresse** pela realização da audiência de conciliação, razão pela qual deixo de proceder com a marcação da assentada conciliatória, haja vista a sua aparente impertinência neste momento processual.

Diante do exposto, **cite-se a parte demandada para apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, fazendo constar no mandado as advertências dos arts. 344 e 345, CPC.**



Documento assinado eletronicamente por **RAPHAEL SILVA REIS, Juiz(a) de Aquidabã**, em 23/10/2020, às 18:25:32, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002036086-67**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

15/12/2020

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que expedi AR de citação n.º 202060005817.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202060001163

DATA:

15/12/2020

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 202060005817 do tipo CARTA CITAÇÃO PROCEDIMENTO COMUM SEM AUDIÊNCIA
[TM4205,MD2372]

 {Destinatário(a): SEGURADORA LIDER}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
Aquidabã
RUA EDUARDO CHAVES, Nº 93
Bairro - Centro Cidade - AQUIDABÃ
Cep - 49790-000 Telefone - 7933411359/2200

Normal(Justiça Gratuita)



202060005817

PROCESSO: 202060001163 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0001140-95.2020.8.25.0002
NATUREZA: Procedimento Comum Cível
REQUERENTE: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA
REQUERIDO: SEGURADORA LIDER

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Através da presente, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)**, por todo o conteúdo da petição inicial, de cópia em anexo, parte integrante desta, para, querendo: 1) Integrar a relação processual, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC; 2) Apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme determinado no art. 335 e seguintes do CPC, sob pena de revelia, além de presumidas como verdadeiras as alegações de fato apresentadas pela parte autora (art. 344 do CPC);

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias.

Despacho: Defiro os benefícios da justiça gratuita. Por conseguinte, verifico que a parte autora manifestou na Petição Inicial seu desinteresse pela realização da audiência de conciliação, razão pela qual deixo de proceder com a marcação da assentada conciliatória, haja vista a sua aparente impertinência neste momento processual. Diante do exposto, cite-se a parte demandada para apresentar resposta no prazo de 15 (quinze) dias, fazendo constar no mandado as advertências dos arts. 344 e 345, CPC.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEGURADORA LIDER
Residência : Rua Senador Dantas, 15º Andar, 74
Bairro : Centro
Cep : 20031205
Cidade : Rio de Janeiro - RJ - RJ

[TM4205, MD2372]



Documento assinado eletronicamente por **OTÁVIO DE AGUIAR PENALVA, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de Aquidabã**, em 15/12/2020, às 13:41:10, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002421863-34**.
