



**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

Número Único: 0001140-95.2020.8.25.0002

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 21/10/2020

Competência: Aquidabã

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**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<sup>1</sup>  
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:

---

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



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.

---

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



## William Oliveira ADVOCACIA

Consta que, diante da lesão sofrida a mesma foi transferida para o Hospital Cirurgia, na cidade de 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  
Aquiabã/SE, CEP. 49.790-000  
E-mail: [wos.advocacia@gmail.com](mailto: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 INVIAZILIZA 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 GRAADAÇÃO. 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, HOUVE 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 DESTE 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  
Aquitabá/SE, CEP. 49.790-000  
E-mail: [wos.advocacia@gmail.com](mailto:wos.advocacia@gmail.com)  
Cel.: (79) 99906-8435



## William Oliveira ADVOCACIA

PARCIALMENTE PROVIDOS. (Apelação Cível nº 202000720206 nº único 0029727-67.2019.8.25.0001 - 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 sentido, 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  
Aquiadabá/SE, CEP. 49.790-000  
E-mail: [wos.advocacia@gmail.com](mailto: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 PROVÍDO. (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.



**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](mailto: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 seiscentos 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**

---

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



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 judicia 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  
Aqidabã/SE, CEP. 49.790-000  
E-mail: [wos.advocacia@gmail.com](mailto:wos.advocacia@gmail.com)  
Cel.: (79) 99906-8435

INFORMAÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE						
DOR/CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NAO	ASINTOMIA CARDIACA: SIM/NAO	ALIMENTAÇÃO DIA NTE (APLICATIVOS)	ALIMENTAÇÃO NOITE (APLICATIVOS) NAO	ALIMENTAÇÃO NOTURNA (APLICATIVOS)	ALIMENTAÇÃO DE DIURNO	DIURNO ESTADO DE COMA DE GLANDULAS ACUSTRAL/ARARICA

DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS
----------	------------	---------	--------

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

*Ex de insuflexion P*

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

*Trotamento aceler*

É VEDADO AO MÉDICO

Art. 35. Exagerar agravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou qualquer outro procedimento médico.

Art. 41. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todas as medidas palliativas disponíveis sem empregar ações diagnósticas ou terapêuticas invasivas ou dolorosas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a do seu representante legal.

INTERVENÇÃO		NIR	
Data:	06/11/11	Data:	06/11/11
Assinatura:	Carimbo:	Assinatura:	Carimbo:
Comentários Médico CRI		Responsável:	

CRI (RECEBIMENTO)		CRL (AUTORIZAÇÃO)	
Data:	Assinatura:	Data:	Assinatura:
Horas:	Carimbo:	Horas:	Carimbo:
Comentários Médico CRI		Nome:	
		Nome:	

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 de Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior.

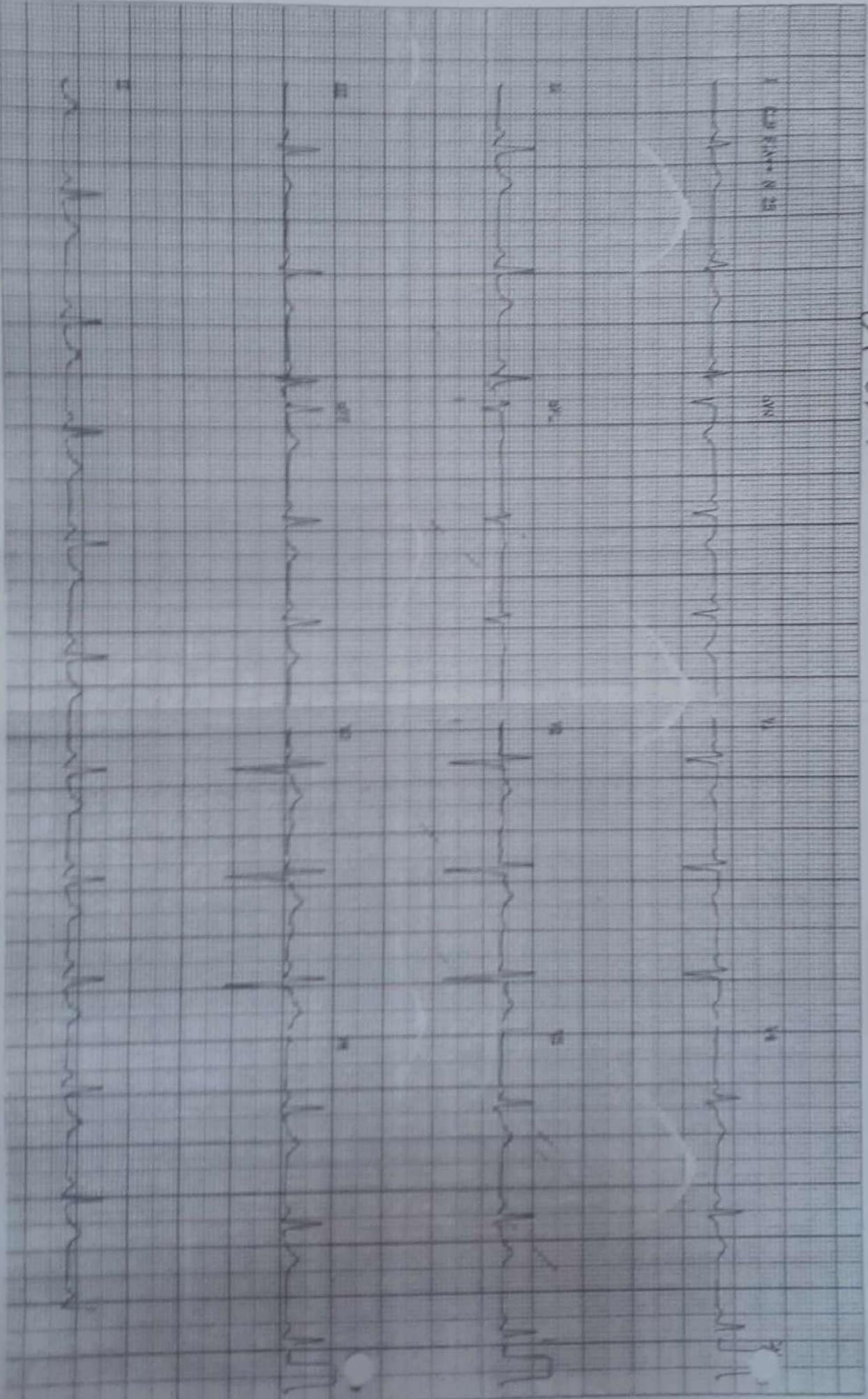
Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.

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

Valediine de Oliveira Roche

onto T. L - B3

07.11.18





FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Relatório Fisioterapia

paciente Voltaire da Gama.

reclama de dispepsia crônica.  
est. Dr. Antônio Fávaro Pires.

que é um paciente de peso.

ADM: em todos os exames  
não obedece ao menor metro.

nao se encontra nenhuma  
anomalia na articulação  
devido a uma constrição  
de sua articulação.

Dr. Tiago Aragão  
Fisioterapeuta  
CREFIGO - 226731-F

CNPJ: 05.977.636/0001-00  
Av. Leonor Barreto Franco, nº 370 - CEP 49790-000

09/03/18

M790

S42.2



FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Voltaire da Gama Pach

Relatório Fisio

Paciente Voltaire  
devido a obesidade  
e constrição  
no abdômen 70-100.  
Exibe corporalidade

Recomenda que  
seja operado.

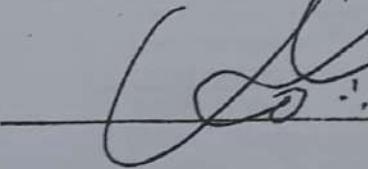
CNPJ: 05.977.636/0001-01  
Av. Leonor Barreto Franco, nº 370 - CEP 49790-000



ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a)  
VALDIR OLIVEIRA VIEIRA encontra-se  
impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período  
60 DÍAS por motivo de FMSI VNAWU IZUA  
a partir desta data. C/I: S-420

Aracaju/SE, 01/02/15

  
Dr. Antonio E. Lira Arce  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2026 - TEC 4624

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Spalukine de Oliveira Soeng | Procedência: Enfermagem | Matrícula: 1059663  
 Idade: 31 | Sexo: M | Data de admissão: 07/11/18 | Leito:

TRANS-OPERATORÍO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue ( ) SIM ( ) NÃO Volumen: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI ( ) SIM ( ) NÃO
- Preparo: ( ) Jejum a partir - HORÁRIO: 00 e DATA: 07/11/18 ( ) Puncão 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: \_\_\_\_\_ / Etílico: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) TEMPO: \_\_\_\_\_
- Passado cirúrgico: ( ) SIM ( ) NÃO ( ) QUAL (IS): Cesárea
- Doenças atuais: ( ) HAS ( ) ICC ( ) IAM ( ) AVC ( ) DM ( ) NEO ( ) DPOC ( ) HRC ( ) 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 procedendo  
 ao de enfermagem para submeter  
 os ats cirúrgicos e proceder à  
 Quibolização PA 134X79 mmHg S4 97%  
 Feb 7 bpm aguardando cirurgia

ASSINATURA:

Maria Solange Alves Nunes  
 Técnica de Enfermagem  
 CORENSE 885864

INTRA-OPERATORÍO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Dubino Bara
- Instrumentador: Neuzela
- Anestesiologista: Dr. Ygor M. Franco Santos
- Circulante: Tec. Solange

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO ( ) SIM ( ) NÃO
- 1º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- 2º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- 3º Infusão: Volume: \_\_\_\_\_ Horas: \_\_\_\_\_
- Anatomopatológico: ( ) SIM ( ) NÃO
- Peça cirúrgica: \_\_\_\_\_

QUESTÃO: 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
- Raquianestesia ( ) 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 ENCAMIINHAMENTO PARA SRPA: 15:35 h.

14:00 Paciente admitido na SO via deambulando, afetuoso, expresso anotetico, quieto, com o consciente orientado, respondendo as suas estímulos visuais e auditivos, fala uso de seu lúdico jeito.  
 14:40 Paciente encontra-se na posição fetal sentado no macacão rotativo monitorizar Fc = 100 SPO2 = 100 Peso = 100 Alt = 150 e 80 cm de altura do cirúrgico e anestesiota, sem intercorrência até o momento.

Paciente encaminhado a CRM, sonolento, sole feito anestesia fogo uso de benzodiazepínicos anxiolíticos ex →

ASSINATURA:

Tec. Solange M. Franco Santos  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN/SE 524372  
 SLV/SLS



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Valdilene de Oliveira Poché Matrícula: 1059663  
Enfermaria: Convênio:  
Diagnóstico: Frat de úmero proximal  
Procedimento realizado: Red e fixac  
Data da utilização: 12/11/18

Dr. Antônio E. Lobo Araújo  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM 2005 - NEOT 601

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Lobo  
CRM:

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	76ca
	03	par feror lateral
	01	parafuso injetado
0408020334		

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Osteoplano 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 SUBSTITUIUOS COA  
DISSESSEJO DE FRANCO  
O ÚNICO PROXIMAL DA  
RADÍCULAS T1 - S7/8/9/10.  
ONDEMENTE EM 2012 NA  
EXOBILHOSSNT.

CID: S-420

Dr. Antonio B. Lora Arce  
Ortopedista - Traumatologo  
CRM 2808 - TECI 882

25/10/113

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 outubro direito para correção de fratura do humor proximal em Novembro de 2018, após acidente automobilístico. Paciente regreou a limitações funcionais.

CID → S42.2

25/09/13

CNPJ: 05.977.100/0001-01  
Av. Leonor Barreto Franco, 1370 – CEP 49790-000  
Tel: (79) 3344-1608

DR. BRUNO BITTENCOURT  
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGO  
CRM 12816 / TECI 12816

Adelone de Oliveira Nalin

Data:	06/11/16	Convênio/Sus:	Matrícula:	1059663
Paciente:	Kathleen Ferreira Soares	Idade: anos.	3,	
Internação:	11	Unidade:	ORT S	Leito: B03

~~Eduardo Barbosa Pimentel  
Machado  
CRV-3-5303  
EOLAPLA 887~~

*[Signature]*

~~Magaly Bento da Silva  
CORENSE - 18.405 - ENF  
Joelma F. Gonçalves  
ENFERMEIRA  
C.G.E. 19137~~

NOME: JA(O)KEMI M. OCULAS NOVIA IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( ) LEITO/UNIDADE: B3  
 DATA: 08/11/12 DATA INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ DATA DA FRATURA: \_\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_ (Dr. \_\_\_\_\_)

	1º TURNO 07:00 AS 13:00	ASSINATURA	2º TURNO 13:00 AS 19:00	ASSINATURA	3º TURNO 19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA <u>CILINDRA</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. <u>SUJIP</u>	SUSP					
DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	NE					
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	NE					
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	SOS					
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS. 000UI SC 12/12H. <u>SUJIP</u>	SUSP					
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS.						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO	SOS					
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>SUJIP</u>	SUSP				
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLUCOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
17. CURATIVO DIÁRIO <u>SUJIP</u>						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18	<u>130X70</u>			

Dr. Gilson Teixeira  
 Ortopedia/Traumatologia  
 CRM-SE 4003

06/11/2012 11:00  
 Estet  
 COAHSE 11122 CNF

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.241.138-3 2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	01/04/2019
NOME	VALDILENE DE OLIVEIRA RODA		
FILIAÇÃO	VANDILENE PEREIRA SANTOS		
JOÃO OLIVEIRA			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
AQUIDABÁ-SE		27/04/1987	
DOC. ORIGEM CT. CASAMENTO NR 1389 LV 804 FL 146V			
CART. DA COM. AQUIDABÁ-SE			
CPF 038.532.525-83			
 Assinatura do Diretor			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			



Cópia  
Colorida

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

Aquidabá 09 de 04 de 2019  
 O referido é verdade e dou fé.  
Mariana Macedo Barros  
 Mariana Macedo Barros  
 Escrevente Substituta

Cartório do 1º Ofício - Notas e Projetos  
 Praça da Bandeira, nº98 - Centro  
 CEP: 49790-000 - Fone: 3341-1355  
 Aquidabá - Sergipe

Selo Digital de Fiscalização  
 Tribunal de Justiça de  
 Sergipe  
 1º Ofício da Comarca de  
 Aquidabá  
 09/04/2019 11:01  
<http://www.rjse.jus.br/x/UFJTT7>



**Cliente**

1º Titular

VALDILENE DE OLIVEIRA

Agência	Conta	Variação
1399-4	17.367-3	51

**Movimento**

Data	Dep.	Documento	Valor
base	origem		
30/04/2019		Saldo Anterior	58,33 C
→ 02/05/2019	1399-4	927.788	1.687,50 C
03/05/2019	1399-4		0,22 C
08/05/2019	5657-7	25.605	50,00 C
10/05/2019	1399-4	237.911,481	5.388,00 C
27/05/2019	1399-4	17.367	509,20 D
27/05/2019	1399-4	17.367	180,00 D
28/05/2019	1399-4	17.367	136,09 D
28/05/2019	1399-4	17.367	70,87 D
31/05/2019	1399-4		6,27 C
			6.294,16 C

**S A L D O**
**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 SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA 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: Valdilene de Oliveira Rocha		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Valdilene de Oliveira Rocha</i>		CPF: <b>038.532.525-83</b>		
Profissão: <i>Assentista Administrativa</i>	Endereço: <i>Braga do mato</i>	Número: <b>20</b>	Complemento: <b>Casa</b>	
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Aquidabá</i>	Estado: <b>SE</b>	CEP: <b>49790-000</b>	
E-mail:	Tel.(DDD): <b>(79)99802-7948</b>			

DADOS CADASTRAIS

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1399** CONTA: **17.367** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *Anacaju - SE* *12/04/2019*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Valdilene de Oliveira Rocha*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

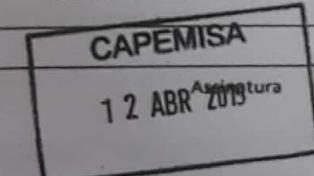
2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



## LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
				1059663

UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
--	------------------------------	---------------------------

NOME DO PACIENTE Valdilene Pereira Reis	DATA DE NASCIMENTO 19/04/87
--	--------------------------------

NOME DA MÃE Valdilene Pereira Souto	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
--	---

ENDEREÇO COMPLETO Praça das Lages, s/nº 20	MUNICÍPIO EM QUE RESIDE São Paulo
---	--------------------------------------

DATA DE INTERNAÇÃO 06/11/18	HORA DE INTERNAÇÃO 18 HS. 59 Min.	CARÁTER <input checked="" type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO 03	ENFERM. B	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    | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                             |

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROcedimento 1	QTDE	PROcedimento 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROcedimento 3	QTDE	PROcedimento 4	QTDE
<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	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS TRANSPLANTE		<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)

DATA DA SOLICITAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

01 Photo  
03 transfusao totais  
07 profuso espirador

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRÍÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOTIVO DA REJEIÇÃO
REJEIÇÃO / CANCELAMENTO	

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO)
---	--	--------------------------	---



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

UNIDADE:

## RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:

VALORINE OLIVEIRA ROCHA

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÉNIO:

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Tumor concomitante à úlcera perioral

## CIRURGIA REALIZADA:

Ressecção clínica c/ biópsia

## CIRURGÃO:

Dr. ANTONIO LIMA

## ANESTESIOLOGISTA:

Dr. ISOL

## AUXILIAR:

## AUXILIAR:

## AUXILIAR:

## ANESTESIA UTILIZADA:

## DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

Tumor concomitante à úlcera perioral

## EQUIPAMENTOS

 B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

- 1- INGRESSO - ANDAMENTO
- 2- COLOCANDO CATÉTOS
- 3- INTRODUÇÃO DE LÂMINAS PEIROSOL M 2
- 4- REMOÇÃO TUMORAL
- 5- FIXAÇÃO C/ PLACA E PARAFUSOS
- 6- ANESTESIA E ETIHIDONO N° 5
- 7- SUTURA POR PLANOS DE PLEIA
- 8- CURATIVA, BLOCO NO SUSPENSIVO

12.11.18

DATA

MOD. CLÍNICAL

ASSINATURA DO CIRURGÃO

Dr. Antonio E. Lira Neto  
Dentista - Traumatologista  
Ortopedista - Fisioterapeuta

SUS Sistema Ministério Único de da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			HOSPITAL CIRURGIA		
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA</b> 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA</b>			2 - CNES <b>0002283</b>	4 - CNES <b>0002283</b>		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <b>VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA</b> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>702006380780182</b> 11 - NOME DA MÃE <b>VANDILEIDE PEREIRA SANTOS</b> 13 - NOME DO RESPONSÁVEL <b>VANDILEIDE PEREIRA SANTOS/MAE</b> 15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA) <b>POVOADO LAGOA DO MATO S/N</b> 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>AQUIDABA</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>3059663</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>27/04/1987</b>	9 - SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA/COR
			12 - FONE DE CONTATO <b>998027948</b>	13 - N° DO TELEFONE	14 - FONE DE CONTATO <b>998027948</b>	15 - N° DO TELEFONE
			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>SE</b>	18 - UF <b>49790000</b>	19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO						
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura de úmero proximal. O que é acidente de moto no dia 21/11/18</i>						
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico</i>						
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex de úmero proximal P/ 5172 V230</i>						
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de úmero proximal</i>	24 - CID 10 PRINCIPAL <i>P172</i>	25 - CID 10 SECUNDÁRIO <i>V230</i>	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO						
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia</i>	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0108020339</i>					
29 - CLÍNICA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	31 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNB <input type="checkbox"/> CPF	32 - N° DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>1567518053</i>	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>06/11/18</i>		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Valdine Oliveira</i>	34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Luciano Passos da Costa</i>					35 - N° DO BILHETE
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)						
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPO D	38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA	40 - N° DO BILHETE	41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA	43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR				
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO	46 - EMPREGADOR	47 - AUTÔNOMO	48 - DESMEMBRADO	49 - APOSENTADO	50 - NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO			51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	53 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNB <input type="checkbox"/> CPF	54 - N° DOCUMENTO (CNB/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>281810016645-3</i>	55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>08/11/18</i>						



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

AV. PARAGUAI, CENTRO FONE:(79)3341-1232

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 cútis:

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

Endereço: Povoado Lagoa do Mato Número: S/N Complemento: PRÓXIMO AO BARRADO AILTON

CEP: Bairro: Cidade: AQUIDABA UF: SE

Proximidades: ZONA RURAL Telefone:

HISTÓRICO

Narra o noticiante que no dia, hora e local acima citados que , estava seguindo em sua moto de MARCA/MODELO:HONDA BIZ 125 ES PLACA:QKO742/SE,CHASSI:9C2JC4820ER024564 ANG: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 o 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 Araujo - 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 Araujo - 23/11/2018 às 11:59

ACRESCENTAR A PLACA CORRETA: QKO8742/SE

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

Responsável pela Alteração: Leonard Raphael Moura Araujo

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

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima não 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*  
Paulo Jose Barbosa da Silva  
Delegado(a) de Polícia

Leonard Raphael Moura Araujo  
Responsável pelo preenchimento  
**CAPEMISA**

12 ABR 2019

NOME: 2/Adilene da Oliveira Reis  
 DATA: 09/11/18

IDADE: 34 SEXO: F GÊNERO: MULHER

REGISTRO: 1059663

DATA INTERNAMENTO: 06/11/18

DATA DA FRATURA: / /

DATA DA CIRURGIA: / /

	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
1. DIETA			
2. GELCO HIDROLISADO.			
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	<u>20/5/18</u>		
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>10</u>	<u>18</u>	<u>27</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.			
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.			
7. CLEXANE 40MG SC 3X/DIA OU HEPARINA 5,000UI SC 12/12H.			
8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H, OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS	<u>SOS</u>	<u>18</u>	<u>26</u>
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H			
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 PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg			
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.			
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.			
16. CCGG+SSVV 6/6H.			
17. CURATIVO DIÁRIO			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			

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

NOME: Vanilda de Souza Lima IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F ( ) M ( ) LEITO/UNIDADE: B3  
 DATA: 11/11/18 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>C1-N5</u>						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.	<u>su17</u>	<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>	<u>01:50</u>	<u>de Souza</u>
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	<u>10/1</u>	<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>	<u>05/12</u>	<u>de Souza</u>
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.						
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	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO	SOS					
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>su10</u>					
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.		<u>4/4</u>	<u>4/4</u>	<u>4/4</u>		
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA:		<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>	<u>de Souza</u>		
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO	<u>10/1</u>					
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO		
06						
12	<u>120X8</u>					
18	<u>130X60</u>					

Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

Tony Nino Santana Meireles  
Enfermeiro  
COREN-SE 191182-ENF

Ana Paula Oliveira Góis  
Enfermeira  
COREN-SE 16962

NOME: VANDIENE DE OLIVEIRA NOVAES IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: F( ) M( ) LEITO/UNIDADE: B3  
 DATA: 10/11/18 DATA INTERNAMENTO: / / DATA DA FRATURA: / / DATA DA CIRURGIA: / / (Dr. \_\_\_\_\_)

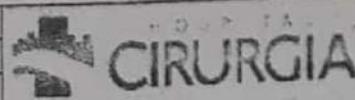
	1º TURNO		2º TURNO		3º TURNO	
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA LÍQUIDA						
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	SOS					
DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.	SOS					
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	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO	SOS					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.	SOS					
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	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg						
14. MUDANÇA DE DECÍGITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. COGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO	SOS					
17. Aquecimento de membros (D)						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12	110X60			
18	120X80			

Linha de queijo (asthma)  
 Enfermeira Joyce (asthma)  
 CORPO

N: Valdilene de Oliveira Recha  
Id: 31468 Admissão:  
Data: 07.11.18

Matrícula:  
Leito: B3



FICHA DE EVOLUÇÃO  
FISIOTERAPIA

agnósticos:											
Síndromes:											
AP:	DATA: 07.11.18	FC: 76	FR: 19	PA:	T: 36.9	M( )T( )N( )	DATA:	FC:	FR:	PA:	T:
VA:	Sedação:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:	AP:		RASS:	IMS:	MRC:	NC:
Ventilação Mecânica:	Modo:	PC:	TI:	VC:	SpO <sub>2</sub> :	DVA:	Sedação:	DVA:	SpO <sub>2</sub> :		
PIO <sub>2</sub> :	PEEP:	PS:	I:E:	FR:	Fluxo:	Ventilação Mecânica:	Modo:	PC:	TI:	VC:	Fluxo:
Monit. Vent:	Cast:	Cdin:	Res:	IRRS:	PbO <sub>2</sub> /FIo <sub>2</sub> :	FIO <sub>2</sub> :	PEEP:	PS:	I:E:	FR:	Sens:

PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: ( ) NÍVEL 1 / ( ) NÍVEL 2 / ( ) NÍVEL 3 / ( ) NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente consciente, orientada, A4, V6, podia respirar sozinho, tirar e abduzir os braços normais. Não foi possível aferir a pressão arterial por conta do enfa- chamento nos MMSS. Deixou a paciente em BEG. Seguintes SSVU: FC 64, FR 19, T 36.9, SpO<sub>2</sub> 97%.

CONDUTA: ( ) FISIOTERAPIA MOTORA ( ) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

DESMAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P + Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PROJ:

( ) THB	( ) EENM	( ) MRA	( ) TRE	VNI (tipo):	Tempo:	( ) Monit	( ) Intub	Outras:
(X) TEP	( ) Ex. Resp	( ) Transporte	( ) TMR	( ) Ativo	( ) Resistido			
( ) RPPI	( ) Posic	( ) Cuff	( ) MAN	( ) RCP	( ) Extub			
Motora: (X) Passiva	(X) Ativo-assistida							
N SL	(X) Sc/MMII pend.	( ) SP	(X) ORT	( ) S/L	( ) ME	( ) IDEA	( ) SL	( ) Sc/MMII pend
Secreção:	( ) P( ) M( ) G( ) F( ) E	( ) MU( ) S( ) MS	( ) MP	( ) Am	( ) Esv	( ) Ros	Secréção:	( ) P( ) M( ) G( ) F( ) E

OBS: Prof. Janny Kelly Martins da Silva.

Prof. Msc. Thiago Abreu (preceptor)

Igolelle Fontes

CREFITO 155786-F

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :	BE:
GASO:						
GASQ:						

MAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

EXAME	HORA	RESULTADOS				
GASO:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :	BE:
GASQ:		pH:	PaO <sub>2</sub> :	PCO <sub>2</sub> :	HCO <sub>3</sub> :	BE:
RAIO X:		OUTROS:		RAIO X:		OUTROS:

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO

DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA

Fisioterapeuta/CREFITO



Abendimento 1033983  
 Nome VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
 Sp. Abend Internamento  
 Endereço POUVOADO LAGOA DO MATO N° 20  
 Cidade  
 Sexo: Feminino  
 Leito ORT BUZO 803-Ortopedia I

Coordenador Sra. Diretora  
 Med. Sol: Luciano Passos De Souza  
 RAIZZI:  
 Telefone: 33802-7948  
 Idade: 31 Anos

B3

## HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 07/11/2018 10:50

Material: Sangue Total  
Método: Automatizado

## Referência

## ERITROGRAMA

A) Eritrócitos .....	4.1 milh./mm <sup>3</sup>	Homen Mulher
	4.0 - 5.5	4.0 - 5.5
B) Hemoglobina .....	12.0 g/dl	Homen Mulher
	13.0 - 17.0 12.0 - 14.7	
C) Eritrocitos .....	36.5 %	Homen Mulher
	40 - 50 35 - 47	

## ÍNDICES HEMATÍSTRICOS

A) V.C.M .....	89.02 fl	82 - 95
B) E.C.M .....	29.27 pg	26 - 34
C) C.E.C.M .....	32.68 g/dl	30 - 35
D) R.D.W .....	14.1 %	10 - 15

## LEUCOGRAMA

A) Leucócitos(global) .....	10.600 mm <sup>3</sup>	5.000 a 10.000/mm <sup>3</sup>
B) Contagem diferencial .....	/mm <sup>3</sup>	
.Segmentados .....	77.3%	40 a 70 1.600 a 7.300
.Eosinófilos .....	01.9%	01 a 04 50 a 400
.Basófilos .....	00.5%	00 a 02 00 a 200
.Linfócitos .....	14.4%	20 a 50 1000 a 5000
.Monócitos .....	06.0%	0.1 a 1.5 100 a 1000
PLAQUETAS .....	247.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 a 400.000/mm <sup>3</sup>
Valor Encontrado .....		

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo  
Biomédica  
CRBM 1988Edna Cristina Souza Santos  
Biomédica  
CRBM 0948Anne Regina F.C Carvalho  
Biomédica  
CRBM 0776Marina Lira Santana  
Biomédica  
CRBM 11-1938Fernanda S. Almeida  
Biomédica  
CRBM 2860Diego Maccarini Nasimento  
Biomédico  
CRBM 2795Jaqueline Lúcia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2675Raiilton Rodha de Almeida  
Járra  
Biomédico  
CRBM 7908



Atendimento 1059663  
Nome VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
Tp. Atend Internamento  
Endereço Povoado LAGO DO MATO N° 20  
Cidade  
Sexo: Feminino  
Leito ORT BUZO 803-Ortopedia 1

Convênio SUS Interno  
Med.Sol: Luciano Passos De Souza  
Bairro:  
Telefone: 99802-7948  
Idade: 11 anos

## 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 RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO : RNI

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

Jaqueleine Licia dos Santos  
Biomédica  
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo  
Júnior  
Biomédico  
CRBM 7909

197A



RTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP  
Av Rio Branco, 196 - Ed. Olivedo Telesamy - Sala 813  
Telex: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030  
Aracaju - SE

CIENTE: Vadim  
DAAH: \_\_\_\_\_  
DATA CIRURGIA: 12/11/18  
CIRURGIA: Assistente

PRONTUÁRIO N° 1054803

CONVENIO: SAC

## PROCEDIMENTO

## **DESCRICA DOS PRODUTOS UTILIZADOS**

Nº 013950

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Aruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada	<input type="checkbox"/>	Femur
Placa em T 3,5			Haste Bloqueada Proximal	<input type="checkbox"/>	Tibia
Placa A/C Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste	<input type="checkbox"/>	Úmero
Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5	1154	01	Parafuso de Bloqueio Distal para Haste	<input type="checkbox"/>	
Placa em Trevo 3,5			Parafuso Tampão	<input type="checkbox"/>	
Placa de Reconstrução 3,5			Haste	<input type="checkbox"/>	Ender
Aruela p/ Parafuso	<input type="checkbox"/> 4,5	<input type="checkbox"/> 6,5	<input type="checkbox"/> Mini Ten	<input type="checkbox"/> Ten	
Placa A/C Estreita 4,5			Fixador Tuba Tubo	<input type="checkbox"/>	Tibia
Placa A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Antebraço)	<input type="checkbox"/>	Fêmur
Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Úmero)	<input type="checkbox"/>	
Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)	<input type="checkbox"/>	
Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear	<input type="checkbox"/>	Tibia
Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston	<input type="checkbox"/>	Tibia
Placa em L/T 4,5	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	Fixador Linear TP Preston (Úmero)	<input type="checkbox"/>	Fêmur
Placa Tipo Puddu	<input type="checkbox"/> Fêmur	<input type="checkbox"/> Tibia	Fixador Articulado (TP Colles)	<input type="checkbox"/>	
Placa Tubo Richards	<input type="checkbox"/> 95°	<input type="checkbox"/> 135°	Fixador Ilizarov	<input type="checkbox"/>	
Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem	<input type="checkbox"/>	
Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso	<input type="checkbox"/>	
Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão	<input type="checkbox"/>	
Parafuso p/ Acetáculo			Equip. Multivias	<input type="checkbox"/>	
Acetáculo Bipolar			Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)	<input type="checkbox"/>	
Acetáculo N/Cimentado			Parafuso Transverso	<input type="checkbox"/>	
Acetáculo Cimentado			Parafuso de Interferência	<input type="checkbox"/>	
Inserto do Acetáculo			Agrafe	<input type="checkbox"/>	
Cabeça Intercambiável			Âncora Femural (Endoboton)	<input type="checkbox"/>	
Haste			Âncora	<input type="checkbox"/>	
Restritor de Cimento			Câncula	<input type="checkbox"/>	
Componente Femoral			Fio de Kirschner	<input type="checkbox"/>	
Inserto Tibial			Fio de Steinmann	<input type="checkbox"/>	
Base Tibial			Fio de Cerclagem	<input type="checkbox"/>	
Componente Patelar			Grampo de Blount	<input type="checkbox"/>	
SITE			Placa Bloqueada 3,5 ( )	<input type="checkbox"/>	
Ento Ortopédico			Placa Bloqueada 4,5 ( )	<input type="checkbox"/>	
Cimentação			Placa Titânio ( ) ( )	<input type="checkbox"/>	
Ipo Cirúrgico			Placa Pedus	<input type="checkbox"/>	

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

RAFUSO RTICAL	Nº			PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	
	QTD				QTD	
RAFUSO RTICAL	Nº	36	30 38	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	Nº	
	QTD	01	01		QTD	
RAFUSO ONJOSO	Nº	35		PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº	
	QTD	01			QTD	
FUSO ICAL	Nº			PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	Nº	
	QTD				QTD	
ISO AR	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº	
	QTD			CANULADO 3,5	QTD	
JO ESPONJ. TA	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº	
	QTD			CANULADO 4,5	QTD	
ESPONJ.	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº	
	QTD			CANULADO R/16	QTD	
RT	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº	
	QTD			CANULADO R/22	QTD	



ORTOPLAN SERGIPE LTDA - EPP  
Av Rio Branco, 186 - Ed. Ovidio Teixeira - Sala 813  
Fax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030  
Araçaju - SE

CIENTE: *KB A/C*  
DAAIH: *12.10.18*  
DATA CIRURGIA: *12.10.18*  
RURGIO: *Sust. distal fêmur*

PRONTUÁRIO N° *1059663*

CONVÉNIO: *SESC*

PROCEDIMENTO:

### DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº **018050**

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	15K 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 Condilar 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. Multívias		
Parafuso p/ Acetáculo			Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
Acetáculo Bipolar			Parafuso Transverso		
Acetáculo N/ Cimentado			Parafuso de Interferência		
Acetáculo Cimentado			Agrafe		
Inserto do Acetáculo			Âncora Femoral (Endoboton)		
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 ( )		
SITE			Placa Bloqueada 4,5 ( )		
ento Ortopédico			Placa Titânio ( ) ( )		
Cimentação			Placa Pedus		
ipo Cirúrgico					

### ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO RTICAL MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL MM	Nº	QTD
PARAFUSO RTICAL 3,5MM	Nº 06 30 38	QTD 01 01	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL MM	Nº	QTD
PARAFUSO ONJOSO 4,0MM	Nº 35	QTD 01	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO MM	Nº	QTD
FUSO ICAL 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO MM	Nº	QTD
ISO AR 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº	QTD
JO ESPONJ. TA	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	Nº	QTD
ESPONJ.	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO R/16	Nº	QTD
RT	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANALIZADO R/22	Nº	QTD

D. Antônio J. Lameira  
Ortopedista  
Cirurgião



# FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRÚRGICO

## RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Valdilene de Souza Rocha

NUMERO DE INTERNAMENTO: 1059663

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Redutor de fixação MSD

CIRURGIÃO: Antônio Lara

ENFERMEIRO: Sônia Costa e Gusttava

CIRCULANTE DE SALA: Tcc. Solange

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Ygor Solange M. Franco Santos

Técnica de Enfermagem CORENSE 524772

INSTRUMENTADOR: Marcella Sustis

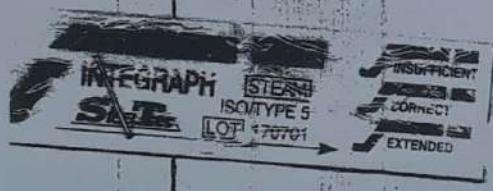
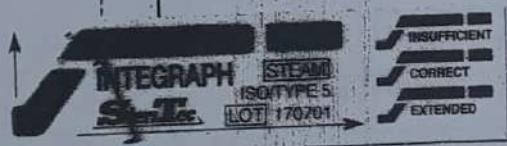
DATA: 12/11/18

SALA CIRÚRGICA: 06

### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES:

LOTES:



INTEGRADORES: Enfermeiros João e Josivalda  
10/06/2016

Manter junto ao prontuário

FUNDAÇÃO DE BEMÉSTÉCNICA HOSPITALAR DE CACHIARA  
FECHA DE CONSULTA DE VELHA

PACIENTE

MATERIAL

CONSULTA

CURURUZA REALIZADA

DATA

EXPLICAÇÃO

1º AUXILIAR

DP AUXILIAR

ANESTESIA

ANESTESICO ORIGINA

CONSULTANTE

MONOCRYL 5.0 REF Y644 1.6CM	0 - CATH. ABALADO ( ) ATAS ( ) VERMELHO ( )
NONONCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )
MONOCRYL 3.0 C/2 AG. 70CM	LATEX 204 ANATÔMICO ( ) SALVADOR ( )
MONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	LUNA ESTERIL 7.0 ( )
9 ( ) 10 ( )	LUNA ESTERIL 7.5 ( )
POLIESTER (TIBOND) Nº 0 ( ) 5 ( )	LUNA ESTERIL 8.0 ( )
FOLUPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( )	PLACA DE BISTURI ELETTRICO ( )
POLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )
MICRYL Nº 0 5V/G.	SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 5ML ( )
CATGUT SHIRLEY AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 3ML ( ) 5ML ( )
4 ( ) 5 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 10ML ( )
CATGUT SIMPLES S\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 20ML ( )
CERA P/ OVS 50	SERRA DE GIGLI ( )
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )
FITA CARBONICA FC 500	16 ( ) 18 ( ) 20 ( )
KIT CATETERATA 3\8 6.5MM REF KBE510	SONDA CATETER P/ OXIGENIO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )
LIGA CUP 100	22 ( )
LIGA CI JP 300	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )
MONOCRYL 3 REF Y905 1.5CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ABALADA C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( )
NONOCRYL 3.0 REF 8450-30	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( )
ALGODÃO HIDROFILO	5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( )
A/CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 32 ( ) 28	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )
A BAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )
/SULHA DESCARTAVEL Nº ( ) 13X0.45 ( ) 30 X0.70 ( ) 30X0.80 ( ) 40X0.12	SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )
AGULHA PERIDURAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 21	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )
AGULHA DE RAQUI Nº ( ) 25 ( ) 27	SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	20 ( ) 22 ( )
ATADURA CREPOM 10CM	SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
ATADURA CREPOM 15CM	20 ( )
ATADURA CREPOM 20CM	SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
ATADURA GESSADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	20 ( )
BOLSA DE COLOSTOMIA	SONDA CATETER TIPO OCULOS ( )
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( )	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS ( )
C/PA P/ MICROSCOPIO ( ) CAFA P VIDEO ( )	FRACIONADOS ( )
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	CAL SOLDADA ( )
DRENO DE KERH EMT Nº 12 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )	ESPARADRAPO COMUM ( )
DRENO DE SUCCIÓN Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )	ESPARADRAPO ANTIALERGICO ( )
DRENO DE TORA X Nº 28 ( ) 36 ( )	ETER SULFURICO ( )
DRENO PENROS E Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	FORMOL 10% ( )
ELETRODO DESCARTAVEL	GORRO TURBANTE ( )
EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	MÁSCARA DESCARTAVEL ( )
ESCOVA PVF	POLVIDINE TÓPICO ( )
ESPORNA G/ FOAM MEDICINAL	POLVIDINE DEGERMANTE ( )



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) VACACIONE

OLIVEIRA WILSON  
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  
Ortopedista/Francotraumatologista  
CRM-SE 4003

ARACAJU - SE 06/12/2013



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 12/11/18 Convênio: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
 Paciente: ALDILIZZ OLIVEIRA NOCHA Idade: \_\_\_\_\_  
 Internado em: 1/1 Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: B3

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de Horário				Justificativa de Enfermagem	
			7º Turno	8º Turno	9º Turno	Obs:	Disponibilização
1	Reposo absoluto	<i>Atenção</i>					
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.	J2 PM	J8	21/06	21/06		
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	J2 PM	J8	21/06	21/06		
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	J1 PM		21/06	21/06		
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	J0 PM	J6	22/06	22/06		
8	Cuidados gerais.						
 <i>Dr. Antonio E. Izam Arce Ortopedista - Traumatologista CRM 2608 - TECIT 6024</i>		 <i>Dr. Gilson Teixeira Ortopedista - Traumatologista CRM-SE 4003</i>				 <i>Enfermeira COR-SE 370</i>	
<i>13/11/18</i> <i>- CMT 100</i> <i>- TAU AXILOPOUMA no HSE (Término normal)</i> <i>- A192-</i>		<i>✓ 1º Crise up</i>					
<i>Recebimento da Farmácia:</i> <i>Hora: _____ Funcionário: _____</i> <i>Entrega na Unidade:</i> <i>Hora: _____ Funcionário: _____</i>							

**HOSPITAL CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"  
EVOLUÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

UNICADE

PACIENTE: VAILHENCHE DE OLIVEIRA ANDRADE					MATRÍCULA:	
IDADE:	SERVIÇO:	APTO:	QUARTO:	ENFERMEIRO:	LEITO:	LICENCIAMENTO:

DATA  
INDIA

EVOLUÇÃO

06/11/12 Party along the river banks  
Dense forest of trees and grass  
Dense forest of trees and grass  
Festivals de Natividad (Christmas)  
Tomas

2111- BPI, D17W  
S-LEAD ACHIEVE

**Dr. Gislon Teixeira**  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

~~IMAGEM CENTRO DIAGNÓSTICO~~  
TC DE onda Rei

Nº REG: 19636

DATA: 09/11/18

RESP. TÉG.:

HOSPITAL GURU RAM

8-11-18 B25 F1000-001

*(Signed) A. E. G. S.*

5000' TC in 30 no over ①

9 / 11 / 15

20

~~Gruppe hyper. pelc expand. Juxta~~ ~~oste~~ ~~oste~~

(1) Fish, freshwater

Dr. Leison Teruel  
Osteopatía / Traumatoología

10-11-1A

B B6 B11-208

1917-18-1920

~~Gilson Teixeira  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-SE 4004~~

11-11-19 B26 R15-10

~~Dr. Gilson Teixeira~~  
Ortopedia Traumatologia  
CRM-SE 4003

R/W

P.D. IMPATO MAT. (KNUST) FRONTE UNO  
PROXIMAL DIA, CONTINUA (NERN IV) E PENDA  
DE LISMOSA AREA CORTEAL.

四

12.11.18

*J*  
Dr. Antonio E. Lora Arce  
Crespo, Trademark  
TM 2008, FECT 852

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      vezes      8-INGESTÃO:  Aumentada  Normal  Diminuída  Anormal

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

10-DIRESE: Alente: \_\_\_\_\_ horas  Presente: \_\_\_\_\_ vezes       Dor  Ar dor  Dificuldade      Alterações na urina:

11-Paciente refugando leito no progresso da dor e fadiga  
 12-Paciente com tremor espontâneo e teto de ferro  
 13-Paciente admittido neste setor procedente da urgencia ortopedica  
 14-Administrado midicacao de levosetel 20g  
 15-Vigilante durante  
 16-Paciente segue os cuidados sem queixa ate o momento + admi  
 nistrado tremor SOS para paciente com dor  
 17-Paciente dormindo no momento  
 18-Administrado midicacos de levosetel 20g + paciente  
 segue sem queixa ate o momento + administrado tremor SOS

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										50/70			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- Dança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeceira																								

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 type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input 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	
19:00 às 07:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	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	vezes	Alterações nas fezes:		
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:	
<p>19:00 Doloroso, no topo do fêmur, dor intensa, limitando, dificuldade respiratória, hipotensão, flacidez, em 450 g/10 litros de hidrocloridrato de morfina 0,05 mg/kg, 10 min. de efeito.</p> <p>20:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>21:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>22:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>23:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>00:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>01:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>02:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>03:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>04:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>05:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>06:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>07:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>08:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>09:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>10:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>11:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>12:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>13:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>14:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>15:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>16:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>17:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>18:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>19:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>20:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>21:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>22:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>23:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>00:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>01:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>02:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>03:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>04:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>05:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p> <p>06:00 Doloroso, intensificando-se, dor intensa, dor no tórax, dor no abdômen, dor no fêmur, dor no joelho, dor no tornozelo, dor no pé, dor no lado direito, dor no lado esquerdo.</p>					

Assinatura e Identificação

Yanir P. M. Borges - CRM 656901

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												Glicemias												
Pressão Arterial													Escala de Dor												
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) Otorrinolaringologia 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																									

NOME: Valdilene de O. Rocha  
 IDADE: 31 LEITO: 83 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia I

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caiquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso		2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input 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 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	
DATA: 11.18 08:00 ás 13:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

07:00 - paciente no leito, sem queixas ate o momento, nem uso de AUP no M3  
 Individualizado, calmo, expressiva, afável, acomodada, em companhia de familiar  
 08:00 - Acetou o café da manhã, apreciado pela nutrição.  
 09:00 - Realizado banho de espuma + estética do leito  
 10:00 - Abm. preparado IV de ferário, conforme prescrição médica  
 Aceitou o suco, apreciado pela nutrição  
 11:00 - Abm. dipirona IV de ferário, conforme prescrição médica  
 Aceitou o almoço, apreciado pela nutrição  
 12:00 - Pct. segue bem as orientações da equipe de enfermagem

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Ectrófico <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 checked="" type="checkbox"/> Não	
DATA: 11.18 13:00 ás 19:00 h	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica	
	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:	
	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes			<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00 - paciente no leito calmo tranquilo em uso de AUP no M3 sem alterações  
 14:00 - paciente se queixa de dor administrada troma de 305 segue aos cuidados  
 15:00 - paciente aconchegado sem queixas  
 15:30 - Realizada AUP no M3 com gelo 24.  
 16:45 - Realizado AUP no M30 sem alterações.  
 18:00 - Administrada dipirona, ampolha de ferário  
 18:30 - paciente o jantar sem queixas no momento

Sinatura e identificação  
Enfermeira Iainan  
Enfermagem

987858  
987858

NOME: Valdilene de Oliveira Rache  
 IDADE: 32 LEITO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia I

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 07:00 a 13:00	vezes	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	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

4:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AVP no SD hidroclorato, esmalte, eufazia, alerta, orientada, em companhia de familiar, em dieta zero, aguardando o chamado do centro cirúrgico  
 9:00 - Realizado banho de espuma  
 11:00 - Adm. Fisiogrid 7W de fármacos, conforme prescrição médica  
 12:00 - Bdm aspirante 3W de fármacos, conforme prescrição médica  
 13:00 - Continua em dieta zero, aguardando o chamado do centro cirúrgico  
 2:30 - P.º de enfermeira bem os cuidados da equipe de enfermagem

P.º de enfermagem  
Técnico de enfermagem  
Cód. SE-1038945

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero 13:00 a 19:00	vezes	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	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

3:00 - Paciente no leito em dieta zero, aguardando chamado do e.e. em uso de AVP no SD hidroclorato, em companhia familiar segue aos cuidados de enfermagem encaminhado para o e.e em maio tronquelo sem alterações até o momento.  
 5:40 - paciente retornou de e.e com cirurgia suspensa por falta de material para os cui da des.  
 8:00 - Administrado supositor de hidroclorato de hidrocodona de 10mg  
 8:30 - Fez o jantar sem queixas

Auxiliar de enfermagem  
98785

NOME: Valdilene de V. Socha  
IDADE: 31 LEITO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Uxtópida I

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 checked="" 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 07:00-08:00 h	vezes	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 12:00-13:00 h	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes 13:00-14:00 h	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

7:00-08:00 h: paciente no leito sem queixa montando o quadro clínico  
 7:30: levantou e faleceu da manha sem queixa  
 8:00: realizado banho, higiene oral, hidratação do leito  
 8:00: administrado profenid conforme prescrição  
 8:00: levou o jantar sem refeição sem queixa  
 8:00: administração dipirona conforme prescrição médica  
 13:00: levou o almoço sem queixa no momento

Assinatura e Identificação:  
Alinea 08/08/2018  
987858

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 checked="" 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 14:00-15:00 h	vezes	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"/> Festa 15:00-16:00 h	vezes	Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes 16:00-17:00 h	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:

13:00-14:00 h: paciente encontra-se tranquilo sem alterações segue os cuidados  
 14:00-15:00 h: refeição 5500 sem alterações  
 15:00-16:00 h: levou o jantar sem queixa no momento  
 16:00-17:00 h: administrado dipirona, amlof de horário  
 17:00-18:00 h: levou o jantar sem queixa

Assinatura e Identificação:  
Alinea 09/08/2018  
987858

NOME: Valdilene de Oliveira Rocha  
 IDADE: 31 LEITO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopédio I

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	
07:00:45 07:00:45	13:00:45	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	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	vezes	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes		Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:	
07:00:45 paciente no leito sem queixa, mantendo quadro clínico sem queixas 07:30:45 Bebeu o café da manhã sem alterações 08:00:45 Período 3300 conforme prescrição 09:15 paciente tomou banho no banheiro no banheiro, troca de lençóis 10:00:45 Bebeu a água sem alterações 10:30:45 Administração de profenid conforme prescrição 12:00 Administração de dipirona 12:30:45 Bebeu o almoço sem alterações Segue aos cuidados					

Assinatura e identificação

8858-85

Assinatura e identificação

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input 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 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	
12:00:45 12:00:45	19:00:45	7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	vezes	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
13:00:45	19:00:45	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	vezes	10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes	Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
13:00:45 paciente no leito desconsolado segue aos cuidados do enfermeiro 14:00:45 Período 3300 sem alterações no momento 15:00:45 Bebeu o leite sem queixa 16:00:45 Mantendo o quadro clínico 17:00:45 Administração de dipirona, antok de horário 18:30:45 Bebeu o jantar sem queixa no momento					

Assinatura e identificação

8858-85

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

NOME: Daldilene De Oliveira Rocha  
 IDADE: 31 UNICO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Ortopedia I

1-CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desconsciente <input type="checkbox"/> Ousado		2-COMUNICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Descomprometida <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desconsciente		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LEÇÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-INHALAÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> External <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zerou		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréptica			
9-EXALAÇÃO: <input type="checkbox"/> Saliva <input checked="" type="checkbox"/> Póstosse <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Zerou		10-URINA: <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes:			
11-URINA: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Juros <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Zerou		12-URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Arde <input type="checkbox"/> Dificuldade		13-URINA: Alterações na urina:	

Assinatura e identificação

1-CONSCIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Ousado		2-COMUNICAÇÃO: <input type="checkbox"/> Descomprometida <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional		3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	
4-CONSCIENTE: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desconsciente		5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível		6-LEÇÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-INHALAÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> External <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zerou		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréptica			
9-EXALAÇÃO: <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Póstosse <input type="checkbox"/> Líquido <input type="checkbox"/> Zerou		10-URINA: <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes:			
11-URINA: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Juros <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Zerou		12-URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Arde <input type="checkbox"/> Dificuldade		13-URINA: Alterações na urina:	

11/09/2012  
 Paciente liberado de ee em molço em uso de sototerapia em tempo  
 realizado novo exame pós implementação p/ enfermaria sem queixa  
 de ameastrações epitelial, cípirona de hansen  
 12/09/2012 entrou e sentou p/ um queijo  
 segue as anotações

11/09/2012  
 12/09/2012  
 13/09/2012  
 14/09/2012  
 15/09/2012  
 16/09/2012  
 17/09/2012  
 18/09/2012  
 19/09/2012  
 20/09/2012  
 21/09/2012  
 22/09/2012  
 23/09/2012  
 24/09/2012  
 25/09/2012  
 26/09/2012  
 27/09/2012  
 28/09/2012  
 29/09/2012  
 30/09/2012  
 31/09/2012  
 01/10/2012  
 02/10/2012  
 03/10/2012  
 04/10/2012  
 05/10/2012  
 06/10/2012  
 07/10/2012  
 08/10/2012  
 09/10/2012  
 10/10/2012  
 11/10/2012  
 12/10/2012  
 13/10/2012  
 14/10/2012  
 15/10/2012  
 16/10/2012  
 17/10/2012  
 18/10/2012  
 19/10/2012  
 20/10/2012  
 21/10/2012  
 22/10/2012  
 23/10/2012  
 24/10/2012  
 25/10/2012  
 26/10/2012  
 27/10/2012  
 28/10/2012  
 29/10/2012  
 30/10/2012  
 31/10/2012  
 01/11/2012  
 02/11/2012  
 03/11/2012  
 04/11/2012  
 05/11/2012  
 06/11/2012  
 07/11/2012  
 08/11/2012  
 09/11/2012  
 10/11/2012  
 11/11/2012  
 12/11/2012  
 13/11/2012  
 14/11/2012  
 15/11/2012  
 16/11/2012  
 17/11/2012  
 18/11/2012  
 19/11/2012  
 20/11/2012  
 21/11/2012  
 22/11/2012  
 23/11/2012  
 24/11/2012  
 25/11/2012  
 26/11/2012  
 27/11/2012  
 28/11/2012  
 29/11/2012  
 30/11/2012  
 01/12/2012  
 02/12/2012  
 03/12/2012  
 04/12/2012  
 05/12/2012  
 06/12/2012  
 07/12/2012  
 08/12/2012  
 09/12/2012  
 10/12/2012  
 11/12/2012  
 12/12/2012  
 13/12/2012  
 14/12/2012  
 15/12/2012  
 16/12/2012  
 17/12/2012  
 18/12/2012  
 19/12/2012  
 20/12/2012  
 21/12/2012  
 22/12/2012  
 23/12/2012  
 24/12/2012  
 25/12/2012  
 26/12/2012  
 27/12/2012  
 28/12/2012  
 29/12/2012  
 30/12/2012  
 31/12/2012  
 01/01/2013  
 02/01/2013  
 03/01/2013  
 04/01/2013  
 05/01/2013  
 06/01/2013  
 07/01/2013  
 08/01/2013  
 09/01/2013  
 10/01/2013  
 11/01/2013  
 12/01/2013  
 13/01/2013  
 14/01/2013  
 15/01/2013  
 16/01/2013  
 17/01/2013  
 18/01/2013  
 19/01/2013  
 20/01/2013  
 21/01/2013  
 22/01/2013  
 23/01/2013  
 24/01/2013  
 25/01/2013  
 26/01/2013  
 27/01/2013  
 28/01/2013  
 29/01/2013  
 30/01/2013  
 31/01/2013  
 01/02/2013  
 02/02/2013  
 03/02/2013  
 04/02/2013  
 05/02/2013  
 06/02/2013  
 07/02/2013  
 08/02/2013  
 09/02/2013  
 10/02/2013  
 11/02/2013  
 12/02/2013  
 13/02/2013  
 14/02/2013  
 15/02/2013  
 16/02/2013  
 17/02/2013  
 18/02/2013  
 19/02/2013  
 20/02/2013  
 21/02/2013  
 22/02/2013  
 23/02/2013  
 24/02/2013  
 25/02/2013  
 26/02/2013  
 27/02/2013  
 28/02/2013  
 29/02/2013  
 30/02/2013  
 31/02/2013  
 01/03/2013  
 02/03/2013  
 03/03/2013  
 04/03/2013  
 05/03/2013  
 06/03/2013  
 07/03/2013  
 08/03/2013  
 09/03/2013  
 10/03/2013  
 11/03/2013  
 12/03/2013  
 13/03/2013  
 14/03/2013  
 15/03/2013  
 16/03/2013  
 17/03/2013  
 18/03/2013  
 19/03/2013  
 20/03/2013  
 21/03/2013  
 22/03/2013  
 23/03/2013  
 24/03/2013  
 25/03/2013  
 26/03/2013  
 27/03/2013  
 28/03/2013  
 29/03/2013  
 30/03/2013  
 31/03/2013  
 01/04/2013  
 02/04/2013  
 03/04/2013  
 04/04/2013  
 05/04/2013  
 06/04/2013  
 07/04/2013  
 08/04/2013  
 09/04/2013  
 10/04/2013  
 11/04/2013  
 12/04/2013  
 13/04/2013  
 14/04/2013  
 15/04/2013  
 16/04/2013  
 17/04/2013  
 18/04/2013  
 19/04/2013  
 20/04/2013  
 21/04/2013  
 22/04/2013  
 23/04/2013  
 24/04/2013  
 25/04/2013  
 26/04/2013  
 27/04/2013  
 28/04/2013  
 29/04/2013  
 30/04/2013  
 31/04/2013  
 01/05/2013  
 02/05/2013  
 03/05/2013  
 04/05/2013  
 05/05/2013  
 06/05/2013  
 07/05/2013  
 08/05/2013  
 09/05/2013  
 10/05/2013  
 11/05/2013  
 12/05/2013  
 13/05/2013  
 14/05/2013  
 15/05/2013  
 16/05/2013  
 17/05/2013  
 18/05/2013  
 19/05/2013  
 20/05/2013  
 21/05/2013  
 22/05/2013  
 23/05/2013  
 24/05/2013  
 25/05/2013  
 26/05/2013  
 27/05/2013  
 28/05/2013  
 29/05/2013  
 30/05/2013  
 31/05/2013  
 01/06/2013  
 02/06/2013  
 03/06/2013  
 04/06/2013  
 05/06/2013  
 06/06/2013  
 07/06/2013  
 08/06/2013  
 09/06/2013  
 10/06/2013  
 11/06/2013  
 12/06/2013  
 13/06/2013  
 14/06/2013  
 15/06/2013  
 16/06/2013  
 17/06/2013  
 18/06/2013  
 19/06/2013  
 20/06/2013  
 21/06/2013  
 22/06/2013  
 23/06/2013  
 24/06/2013  
 25/06/2013  
 26/06/2013  
 27/06/2013  
 28/06/2013  
 29/06/2013  
 30/06/2013  
 31/06/2013  
 01/07/2013  
 02/07/2013  
 03/07/2013  
 04/07/2013  
 05/07/2013  
 06/07/2013  
 07/07/2013  
 08/07/2013  
 09/07/2013  
 10/07/2013  
 11/07/2013  
 12/07/2013  
 13/07/2013  
 14/07/2013  
 15/07/2013  
 16/07/2013  
 17/07/2013  
 18/07/2013  
 19/07/2013  
 20/07/2013  
 21/07/2013  
 22/07/2013  
 23/07/2013  
 24/07/2013  
 25/07/2013  
 26/07/2013  
 27/07/2013  
 28/07/2013  
 29/07/2013  
 30/07/2013  
 31/07/2013  
 01/08/2013  
 02/08/2013  
 03/08/2013  
 04/08/2013  
 05/08/2013  
 06/08/2013  
 07/08/2013  
 08/08/2013  
 09/08/2013  
 10/08/2013  
 11/08/2013  
 12/08/2013  
 13/08/2013  
 14/08/2013  
 15/08/2013  
 16/08/2013  
 17/08/2013  
 18/08/2013  
 19/08/2013  
 20/08/2013  
 21/08/2013  
 22/08/2013  
 23/08/2013  
 24/08/2013  
 25/08/2013  
 26/08/2013  
 27/08/2013  
 28/08/2013  
 29/08/2013  
 30/08/2013  
 31/08/2013  
 01/09/2013  
 02/09/2013  
 03/09/2013  
 04/09/2013  
 05/09/2013  
 06/09/2013  
 07/09/2013  
 08/09/2013  
 09/09/2013  
 10/09/2013  
 11/09/2013  
 12/09/2013  
 13/09/2013  
 14/09/2013  
 15/09/2013  
 16/09/2013  
 17/09/2013  
 18/09/2013  
 19/09/2013  
 20/09/2013  
 21/09/2013  
 22/09/2013  
 23/09/2013  
 24/09/2013  
 25/09/2013  
 26/09/2013  
 27/09/2013  
 28/09/2013  
 29/09/2013  
 30/09/2013  
 31/09/2013  
 01/10/2013  
 02/10/2013  
 03/10/2013  
 04/10/2013  
 05/10/2013  
 06/10/2013  
 07/10/2013  
 08/10/2013  
 09/10/2013  
 10/10/2013  
 11/10/2013  
 12/10/2013  
 13/10/2013  
 14/10/2013  
 15/10/2013  
 16/10/2013  
 17/10/2013  
 18/10/2013  
 19/10/2013  
 20/10/2013  
 21/10/2013  
 22/10/2013  
 23/10/2013  
 24/10/2013  
 25/10/2013  
 26/10/2013  
 27/10/2013  
 28/10/2013  
 29/10/2013  
 30/10/2013  
 31/10/2013  
 01/11/2013  
 02/11/2013  
 03/11/2013  
 04/11/2013  
 05/11/2013  
 06/11/2013  
 07/11/2013  
 08/11/2013  
 09/11/2013  
 10/11/2013  
 11/11/2013  
 12/11/2013  
 13/11/2013  
 14/11/2013  
 15/11/2013  
 16/11/2013  
 17/11/2013  
 18/11/2013  
 19/11/2013  
 20/11/2013  
 21/11/2013  
 22/11/2013  
 23/11/2013  
 24/11/2013  
 25/11/2013  
 26/11/2013  
 27/11/2013  
 28/11/2013  
 29/11/2013  
 30/11/2013  
 31/11/2013  
 01/12/2013  
 02/12/2013  
 03/12/2013  
 04/12/2013  
 05/12/2013  
 06/12/2013  
 07/12/2013  
 08/12/2013  
 09/12/2013  
 10/12/2013  
 11/12/2013  
 12/12/2013  
 13/12/2013  
 14/12/2013  
 15/12/2013  
 16/12/2013  
 17/12/2013  
 18/12/2013  
 19/12/2013  
 20/12/2013  
 21/12/2013  
 22/12/2013  
 23/12/2013  
 24/12/2013  
 25/12/2013  
 26/12/2013  
 27/12/2013  
 28/12/2013  
 29/12/2013  
 30/12/2013  
 31/12/2013  
 01/01/2014  
 02/01/2014  
 03/01/2014  
 04/01/2014  
 05/01/2014  
 06/01/2014  
 07/01/2014  
 08/01/2014  
 09/01/2014  
 10/01/2014  
 11/01/2014  
 12/01/2014  
 13/01/2014  
 14/01/2014  
 15/01/2014  
 16/01/2014  
 17/01/2014  
 18/01/2014  
 19/01/2014  
 20/01/2014  
 21/01/2014  
 22/01/2014  
 23/01/2014  
 24/01/2014  
 25/01/2014  
 26/01/2014  
 27/01/2014  
 28/01/2014  
 29/01/2014  
 30/01/2014  
 31/01/2014  
 01/02/2014  
 02/02/2014  
 03/02/2014  
 04/02/2014  
 05/02/2014  
 06/02/2014  
 07/02/2014  
 08/02/2014  
 09/02/2014  
 10/02/2014  
 11/02/2014  
 12/02/2014  
 13/02/2014  
 14/02/2014  
 15/02/2014  
 16/02/2014  
 17/02/2014  
 18/02/2014  
 19/02/2014  
 20/02/2014  
 21/02/2014  
 22/02/2014  
 23/02/2014  
 24/02/2014  
 25/02/2014  
 26/02/2014  
 27/02/2014  
 28/02/2014  
 29/02/2014  
 30/02/2014  
 31/02/2014  
 01/03/2014  
 02/03/2014  
 03/03/2014  
 04/03/2014  
 05/03/2014  
 06/03/2014  
 07/03/2014  
 08/03/2014  
 09/03/2014  
 10/03/2014  
 11/03/2014  
 12/03/2014  
 13/03/2014  
 14/03/2014  
 15/03/2014  
 16/03/2014  
 17/03/2014  
 18/03/2014  
 19/03/2014  
 20/03/2014  
 21/03/2014  
 22/03/2014  
 23/03/2014  
 24/03/2014  
 25/03/2014  
 26/03/2014  
 27/03/2014  
 28/03/2014  
 29/03/2014  
 30/03/2014  
 31/03/2014  
 01/04/2014  
 02/04/2014  
 03/04/2014  
 04/04/2014  
 05/04/2014  
 06/04/2014  
 07/04/2014  
 08/04/2014  
 09/04/2014  
 10/04/2014  
 11/04/2014  
 12/04/2014  
 13/04/2014  
 14/04/2014  
 15/04/2014  
 16/04/2014  
 17/04/2014  
 18/04/2014  
 19/04/2014  
 20/04/2014  
 21/04/2014  
 22/04/2014  
 23/04/2014  
 24/04/2014  
 25/04/2014  
 26/04/2014  
 27/04/2014  
 28/04/2014  
 29/04/2014  
 30/04/2014  
 31/04/2014  
 01/05/2014  
 02/05/2014  
 03/05/2014  
 04/05/2014  
 05/05/2014  
 06/05/2014  
 07/05/2014  
 08/05/2014  
 09/05/2014  
 10/05/2014  
 11/05/2014  
 12/05/2014  
 13/05/2014  
 14/05/2014  
 15/05/2014  
 16/05/2014  
 17/05/2014  
 18/05/2014  
 19/05/2014  
 20/05/2014  
 21/05/2014  
 22/05/2014  
 23/05/2014  
 24/05/2014  
 25/05/2014  
 26/05/2014  
 27/05/2014  
 28/05/2014  
 29/05/2014  
 30/05/2014  
 31/05/2014  
 01/06/2014  
 02/06/2014  
 03/06/2014  
 04/06/2014  
 05/06/2014  
 06/06/2014  
 07/06/2014  
 08/06/2014  
 09/06/2014  
 10/06/2014  
 11/06/2014  
 12/06/2014  
 13/06/2014  
 14/06/2014  
 15/06/2014  
 16/06/2014  
 17/06/2014  
 18/06/2014  
 19/06/2014  
 20/06/2014  
 21/06/2014  
 22/06/2014  
 23/06/2014  
 24/06/2014  
 25/06/2014  
 26/06/2014  
 27/06/2014  
 28/06/2014  
 29/06/2014  
 30/06/2014  
 31/06/2014  
 01/07/2014  
 02/07/2014  
 03/07/2014  
 04/07/2014  
 05/07/2014  
 06/07/2014  
 07/07/2014  
 08/07/2014  
 09/0

# 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](http://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

<b>BANCO DO BRASIL</b>		001-9	00190.00009 03268.919002 00883.360174 9 8392000001810		
LOCAL DE PAGAMENTO <b>PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL</b>			VENCIMENTO <b>28/09/2020</b>		
BENEFICIARIO <b>ENERGISA SERGIPE-DISTRIB.ENERGIA SA</b>			CNPJ 13.017.462/0001-63		
ENDERECO RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150			AGÊNCIA/CÓDIGO BENEFICIÁRIO <b>32689190000883360</b>		
DATA DO DOCUMENTO <b>17/09/2020</b>	Nº DOCUMENTO <b>000896517-2020-09-7</b>	ESPÉCIE DOC <b>DS</b>	ACEITE <b>N</b>	DATA DO PROCESSAMENTO <b>17/09/2020</b>	(=) VALOR DO DOCUMENTO <b>18,10</b>
	CARTEIRA <b>17</b>	ESPÉCIE <b>R\$</b>	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
INSTRUÇÕES <b>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.</b>					
PAGADOR <b>VALDILENE DE OLIVEIRA</b>			CNPJ/CPF <b>038.532.525-83</b>		
POV LAGOA DO MATO 20 49790000			AQUIDABA (AG: 468)		
SACADOR/AVALISTA			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

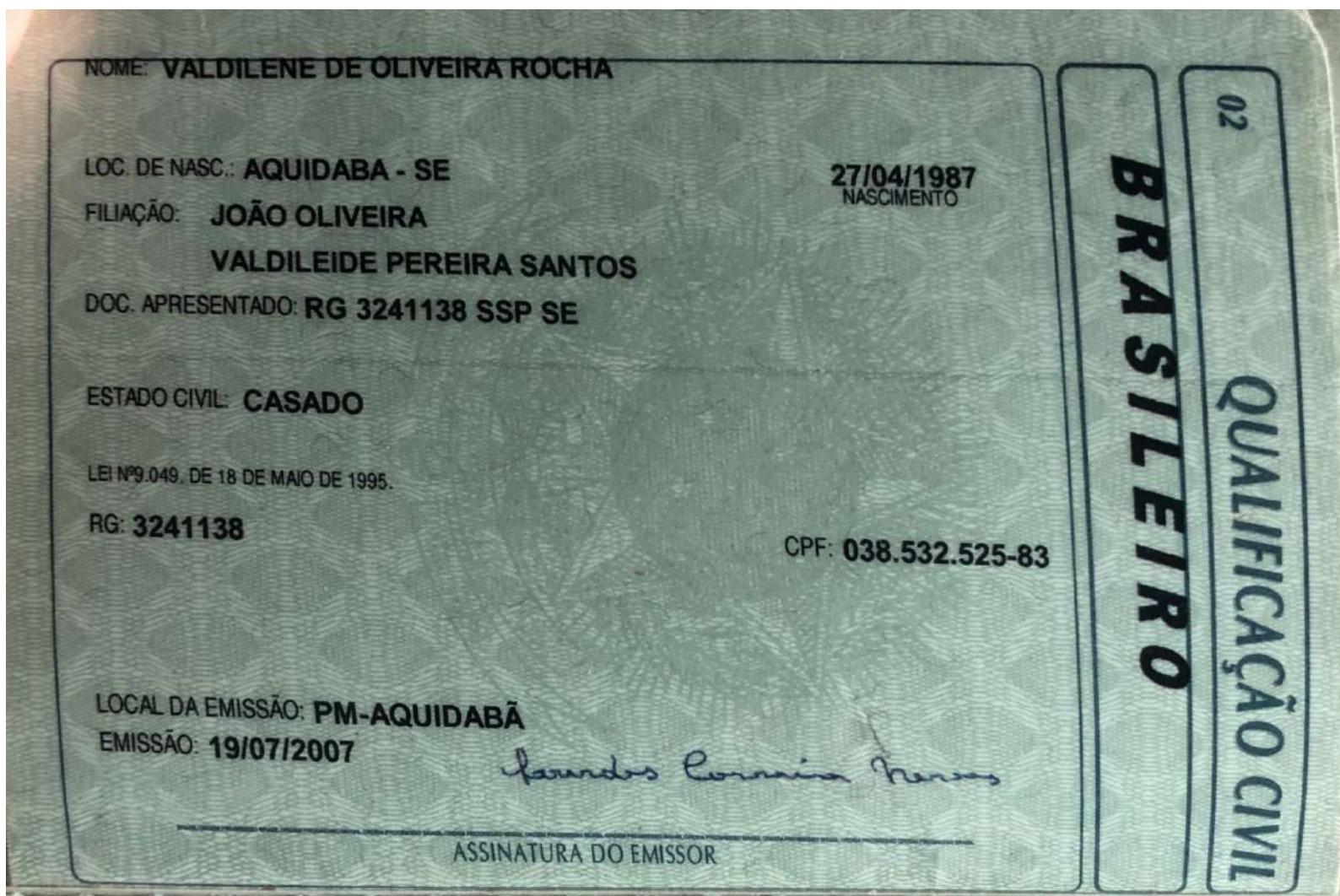
Voddilene de Oliveira Rocha

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



FORMULÁRIO  
**Piloto**



**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 mínio de setenta e sete reais)****Carlos André Roriz****Ass. do Empregador ou a Rogo c/ Testemunha****Funesa**

1º .....

2º .....

DATA DE SAÍDA

10 DE Março DE 2013

**ASS. DO EMPREGADOR OU A RODO C/ TESTEMUNHA**

1º .....

**Cláudia Menezes Santos**

COM. DISPENSA CD N° .....

**Diretora Geral**

FGTS N° DA CONTA: .....

**FUNESA**

# CONTRATO DE TRABALHO

07

EMPREGADOR

CNPJ: 05.977.636 / 0001 - 01

CGC/CPF/CEI

FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECILIA

ENDEREÇO

Av. Leonor Barreto Franco, 370

MUNICÍPIO

Bairro Centro CEP: 49.790-000

UF

ESP. DO ESTABELECIMENTO

Aquidabá - 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 RGOS C/ TESTEMUNHA

1<sup>a</sup>2<sup>a</sup>

DATA DE SAÍDA

DE

DE 19

ASS. DO EMPREGADOR OU A RGOS C/ TESTEMUNHA

1<sup>a</sup>2<sup>a</sup>

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<sup>1</sup>  
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](http://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] <br/><br/> {Destinatário(a): SEGURADORA LIDER}

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE  
Aiquidabã  
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 Aiquidabã**, 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](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020002421863-34**.

---