



**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

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

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

**Processos Apenasdos:**

--

**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:**

13/01/2021

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210113162602449 às 16:26 em 13/01/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010017367-5

---

Nr. da Autenticação B531A184828FA58D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190274165      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190274165      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA      **Data do acidente:** 06/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:** P 2/6/7\_ CIRURGIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

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

---

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190274165**

**Vítima: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA**

**Data do Acidente: 06/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA**

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

Banco: **001**

Agência: **000001399-4**

Conta: **000010017367-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÁ

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

### Boletim de Ocorrência 2018/06527-0-000690 - Alterado

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÁ  
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 AQUIDABÁ

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: SGP-SE

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

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

Endereço: Povoado LAGOA DO MATO Número: S/N Complemento: PRÓXIMO AO 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, ANO:2014, CATEGORIA:PARTIC, COR:VERMELHA, registrada em nome de: Valdilene de Oliveira Rocha, sentido Lagoa do mato a Aiquidabá, 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 PRÓPRIA MUNICIPAL DE AQUIDABÁ.

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 narradas pelo declarante/ vítima não de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquela 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 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 399 CONTA: 17.367 (3) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima:  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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 11/04/2019

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

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Valdilene de Oliveira Rocha

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

CAPEMISA

12 ABR 2019 Assinatura

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

Necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 639578

DATA: 06/11/2018 HORA: 09:42 USUARIO: MDSILVA  
CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
 IDADE.....: 31 ANOS NASC: 27/04/1987  
 ENDERECO....: POV. LAGOA DO MATO  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL  
 MUNICIPIO....: AQUIDABA UF: SE CEP...: 49790-000  
 NOME PAI/MAE.: JOAO OLIVEIRA /VALDILEIDE PEREIRA SANTOS  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 79/9980279  
 PROCEDENCIA...: AQUIDABA-SE 48  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Quinta de noz*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura clavicular + fratura tibia* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Rx obs 17 + Rx pulm. 27*

CAPEMISA

12 ABR 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 10:40

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Valdilene de Oliveira*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema  
Único de  
Saúde  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



2 - CNES  
0002283

4 - CNES  
0002283

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

**FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

**VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702006380780182

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/04/1987

9 - SEXO

1

3

10 - RAÇA/COR

8 - N° DO PRONTUÁRIO  
3059663

11 - NOME DA MÃE

**VANDILEIDE PEREIRA SANTOS**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

**VANDILEIDE PEREIRA SANTOS/MAE**

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

**POVOADO LAGOA DO MATO S/N**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**AQUIDABA**

12 - TELEFONE DE CONTATO  
998027948

Nº DO TELEFONE  
14 - TELEFONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

79

79

19 - CEP

SE

49790000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fractura do úmero proximal. Ocorreu  
acident de moto no ± 19 km*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Tratamento cirúrgico*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*Fractura úmero proximal 07 9422 V230*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*Ortopedia*

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

15175180531

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020339

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

*Dr. Luciano Passos*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*Luciano Passos*

*Ortopedia Traumatologia*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

281810016645-3

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 639578 DATA: 06/11/2018 HORA: 09:42 USUARIO: MDSILVA  
 CNS: SETOR: 02-CONSULTORIO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA DOC...:  
 IDADE.....: 31 ANOS NASC: 27/04/1987 SEXO...: FEMININO  
 ENDERECO....: POV. LAGOA DO MATO NUMERO:  
 COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL  
 MUNICIPIO....: AQUIDABA UF: SE CEP...: 49790-000  
 NOME PAI/MAE...: JOAO OLIVEIRA /VALDILEIDE PEREIRA SANTOS  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 79/998027  
 PROCEDENCIA...: AQUIDABA-SE 48  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Querida de meus*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

*fratura clavicular + fratura pub*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Rx obs 1/1 + Rx pulm. 2/2*

CAPEMISA

12 ABR 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 10:41

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATH

*Juliana de Oliveira*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF: SE CEP: 49075-170  
FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: licia.rodrigues

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim  
DATA: 06/11/2018 18:54:01  
TIPO: Urgência  
CONVENIO: SUS INTERNO  
PROFISSIONAL: 866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

LEITO: ORT BUZO B03 - Ortopedia I

PACIENTE

CARTÃO SUS: 702006380780182

ATENDIMENTO: 1059663  
NOME: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
ENDERECO: Povoado Lagoa do Mato N° 20  
BAIRRO: Centro  
CIDADE: Aquidabá  
FONE: 99802-7948  
DATA NASC.: 27/04/1987  
EST. CIVIL: Solteiro  
NOME DO PAI: JOAO OLIVEIRA  
NOME DA MAE: VALDILENE PEREIRA SANTOS

Nº: 20  
UF: SE CEP: 49790000  
CPF 03853252583  
R.G: 32411383  
IDADE: 31 SEXO: Feminino  
PROFISSÃO

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: JULIANA DE OLIVEIRA/IRMA  
ENDERECO:  
BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S42.2-Fratura da extremidade superior do úmero  
ORIGEM: Aquidabá  
DIAS INTERNAMENTO: 4  
PROC.SUS: 040802033-4 Tratamento Cirúrgico De Fratura / Lesão Fisiológica  
AIH.:

Lindiane Silva Santos  
Secretaria Clínica/FBHC  
Mat. 69440

Carina dos Santos Souza  
Matrícula / 97240  
Secretaria Clínica / FBHC

Emitente....: ORTOPLAN SERGIPE LTDA  
 Endereço....: AV. RIO BRANCO-EDF. OVIEDO TRIXEIRA -S.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030  
 Fone.....: 3222-0250/ 3222-0383 CNPJ/CPF: 02.681.701/0001-69 Ins.Est.: 27.097.585-3  
 Destinatário: ( 37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA E. DE CIRURGIA CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06 Ins.Est.: ISENTO  
 Endereço....: AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 Bairro.: CIRURGIA CEP.....: 49055-170 Data Emissão: 19.11.2018  
 Cidade.....: ARACAJU Fone....: (0079) 312-7312/ 311-8817 UF.....: SE

Faturas....: 005937600 / CONTRA-APRESENTACAO / 176,11

Código	Descrição	CF	St	Und	Qtda	Valor Unitário	Vl.Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IPI
07.02.03.072-6	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM Val.INDETERMIN /	(80128580096 )	A	040	UND	1,000	27,7100		27,71		
Lote(s): 301216-	1,000										
07.02.03.083-0	KIT PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 + PARAFUSO PARAFUSO CORTICAL 3.5X30 P 1.75 TRAUMEDICA Val.INDETERMIN /	(80006400000 )	B	040	KIT	1,000	148,4000		148,40		
Lote(s): 193618-	1,000										
	PF CORT 3,5X26MM IOL (1,000)										
Lote(s): 880315-	1,000										
	PL RETA 1/3 TUBO PEQ FRAG 05P IOL (1,000)										
Lote(s): 369218-	1,000										
	PARAFUSO CORTICAL 3,5X 38MM (1,000)										
Lote(s): VD61220-	1,000										
	Val.INDETERMIN /										

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA E. DE CIRURGIA  
 Convenio: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE  
 Paciente: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
 Id/AIE: /

Medico.....: ANTONIO LARA  
 Instrumentador: KLEBER SANTOS DA MORA  
 Dt.Cirurgia...: 12.11.2018  
 Procedimento.: 0408050578

Prestuario.: 1059663

040/ISENTO DE ICMS CF ART. 8 INCISO IV DEC 17.037/97

Base ICMS:	0,00	Valor ICMS:	0,00	Base ICMS Subst:	0,00	Valor ICMS Subst:	0,00	Valor Produtos:	176,11
Vl. Frete:	0,00	Vl. Seguro:	0,00	Outras Despesas:	0,00	Valor Total IPI:	0,00	Valor Pre-Nota:	176,11

Vendedor....: IVO LEAL Pedido.....: 059376 A/9021.10.20 B/9021.19.20  
 Pedido Cliente: Ordem e Pagina: 00 1/1

Declaro que recebi os produtos constantes deste documento.

Data de Recebimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável pelo recebimento \_\_\_\_\_

Procedimento mat  
 paga parafuso  
 esponjoso.  
 P.ora

GOVERNO DE SERGIPE  
 SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU  
 COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO  
 CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS  
 DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E



NOME:	VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA	DATA DE ADMISSÃO:	06/11/2018
NOME DA MÃE:	VALDILEIDE PEREIRA SANTOS	DATA DE NASCIMENTO:	27/04/1987
ENDEREÇO	POVOADO LAGOA DO MATO S/N	PLANO DE SAÚDE:	
CNS:	702006380780182	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	AQUIDABA/SE
NATURALIDADE:	AQUIDABA/SE	REGIÃO DE SAÚDE:	
TELEFONE:	998027948		
UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL ( ) ÁREA VERDE ( )		

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

*Ex de cima fraxinal D*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*Fretum de cima fraxinal D que  
ocorreu de meto*

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

*Nega*

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

*Ex de cima fraxinal D*

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

*Tratamento angular*

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLUCEMIA	UREIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O2: SIM ( ) NÃO ( )	SECRETIVO: SIM ( ) NÃO ( )	INTUBADO: NÃO ( )	COLAR CERVICAL: SIM ( ) NÃO ( )

INTERNAÇÃO E CINTAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NAO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NAO	AUMENTACAO ORAL: SRE/NP/NP (1)	ISOLAMENTO SIM/NAO RESPI/CONTATO: NÃO(1)	INSUF. RENAL: SIM/NAO	ANTIBIÓTICOS: DE USO (D)	DIAS
ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MMR.						

ACTIVIDADES			
DEAMBULA:	CADEIRANTE:	ACAMADO:	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)						
<i>Ex de insuf. renal D</i>						

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO						
<i>Tratamento auxiliar</i>						

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

Médico Solicitante				NIR		
Data:	Assinatura:	Carimbo:	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> Responsável: <input type="text"/>			
Hora:						

CRL (RECEBIMENTO)			
Data:	Assinatura:	Carimbo:	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> Responsável: <input type="text"/>
Hora:			

CRL (Autorização)			
Data:	Assinatura:	Carimbo:	Data: <input type="text"/> Hora: <input type="text"/> MR: <input type="text"/> Código: <input type="text"/> Assinatura: <input type="text"/>
Hora:			

#### ATENÇÃO

A primeira solicitação deverá ser enviada à Central de Regulação de Leitos através do DUSV Enfermaria devidamente preenchido no máximo 03 horas a partir da data e hora da solicitação. As atualizações dar-se-ão a cada 24 horas a partir da primeira solicitação e deverão ser registradas em Formulário de informações complementares e enviadas à Central e Regulação de Leitos, cumprindo o mesmo prazo definido no item anterior. Este DUSV UTI terá validade máxima de 03 dias a partir da data da primeira solicitação.						
DUSV UTI, 2017, COPYRIGHT SIGAU, COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE, REDE ESTADUAL DE SAÚDE.						

**NOME: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA**

**DATA: 09/11/2018**

**CONVÊNIO: SUS**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO**

**TÉCNICA:**

Exame realizado com cortes axiais, possibilitando reformatações nos planos sagital e coronal.

**RESULTADOS:**

Fratura cominutiva com sinais de desalinhamento comprometendo a cabeça úmeral.

Presença de tala gessada.

Aumento/densificação das partes moles adjacentes aos traços de fraturas anteriormente descritas.

Trofismo habitual da musculatura do manguito rotador.

Não há sinais de demames articulares nas imagens obtidas.

**DR. NIVALDO BORGES NUNES JUNIOR**  
MÉDICO RADIOLÓGISTA  
CRM SE 3432 - RQE 2751  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR



**HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"**

**CRURGIA**

Data: 12/11/18 Convênio: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Adriana Souza Idade: \_\_\_\_\_  
 Internado em: / / Unidade: \_\_\_\_\_

**PROTÓCOLO MEDICO**

Item	Descrição da Medicação	Quant.
1	Reposo absoluto	
2	Dieta livre	
3	Soro fisiológico 1.000 ml E.V. 20 gotas por minuto	
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	
8	Cuidados gerais.	

**ANEXO DE INFORMACAO**

Item	Descrição da Informação	Quant.
1	Atendida	
2	Saud	
3	500	
4	10	
5	10	
6	10	
7	10	
8	10	
9	10	
10	10	
11	10	
12	10	
13	10	
14	10	
15	10	
16	10	
17	10	
18	10	
19	10	
20	10	
21	10	
22	10	
23	10	
24	10	
25	10	
26	10	
27	10	
28	10	
29	10	
30	10	
31	10	
32	10	
33	10	
34	10	
35	10	
36	10	
37	10	
38	10	
39	10	
40	10	
41	10	
42	10	
43	10	
44	10	
45	10	
46	10	
47	10	
48	10	
49	10	
50	10	
51	10	
52	10	
53	10	
54	10	
55	10	
56	10	
57	10	
58	10	
59	10	
60	10	
61	10	
62	10	
63	10	
64	10	
65	10	
66	10	
67	10	
68	10	
69	10	
70	10	
71	10	
72	10	
73	10	
74	10	
75	10	
76	10	
77	10	
78	10	
79	10	
80	10	
81	10	
82	10	
83	10	
84	10	
85	10	
86	10	
87	10	
88	10	
89	10	
90	10	
91	10	
92	10	
93	10	
94	10	
95	10	
96	10	
97	10	
98	10	
99	10	
100	10	
101	10	
102	10	
103	10	
104	10	
105	10	
106	10	
107	10	
108	10	
109	10	
110	10	
111	10	
112	10	
113	10	
114	10	
115	10	
116	10	
117	10	
118	10	
119	10	
120	10	
121	10	
122	10	
123	10	
124	10	
125	10	
126	10	
127	10	
128	10	
129	10	
130	10	
131	10	
132	10	
133	10	
134	10	
135	10	
136	10	
137	10	
138	10	
139	10	
140	10	
141	10	
142	10	
143	10	
144	10	
145	10	
146	10	
147	10	
148	10	
149	10	
150	10	
151	10	
152	10	
153	10	
154	10	
155	10	
156	10	
157	10	
158	10	
159	10	
160	10	
161	10	
162	10	
163	10	
164	10	
165	10	
166	10	
167	10	
168	10	
169	10	
170	10	
171	10	
172	10	
173	10	
174	10	
175	10	
176	10	
177	10	
178	10	
179	10	
180	10	
181	10	
182	10	
183	10	
184	10	
185	10	
186	10	
187	10	
188	10	
189	10	
190	10	
191	10	
192	10	
193	10	
194	10	
195	10	
196	10	
197	10	
198	10	
199	10	
200	10	
201	10	
202	10	
203	10	
204	10	
205	10	
206	10	
207	10	
208	10	
209	10	
210	10	
211	10	
212	10	
213	10	
214	10	
215	10	
216	10	
217	10	
218	10	
219	10	
220	10	
221	10	
222	10	
223	10	
224	10	
225	10	
226	10	
227	10	
228	10	
229	10	
230	10	
231	10	
232	10	
233	10	
234	10	
235	10	
236	10	
237	10	
238	10	
239	10	
240	10	
241	10	
242	10	
243	10	
244	10	
245	10	
246	10	
247	10	
248	10	
249	10	
250	10	
251	10	
252	10	
253	10	
254	10	
255	10	
256	10	
257	10	
258	10	
259	10	
260	10	
261	10	
262	10	
263	10	
264	10	
265	10	
266	10	
267	10	
268	10	
269	10	
270	10	
271	10	
272	10	
273	10	
274	10	
275	10	
276	10	
277	10	
278	10	
279	10	
280	10	
281	10	
282	10	
283	10	
284	10	
285	10	
286	10	
287	10	
288	10	
289	10	
290	10	
291	10	
292	10	
293	10	
294	10	
295	10	
296	10	
297	10	
298	10	
299	10	
300	10	
301	10	
302	10	
303	10	
304	10	
305	10	
306	10	
307	10	
308	10	
309	10	
310	10	
311	10	
312	10	
313	10	
314	10	
315	10	
316	10	
317	10	
318	10	
319	10	
320	10	
321	10	
322	10	
323	10	
324	10	
325	10	
326	10	
327	10	
328	10	
329	10	
330	10	
331	10	
332	10	
333	10	
334	10	
335	10	
336	10	
337	10	
338	10	
339	10	
340	10	
341	10	
342	10	
343	10	
344	10	
345	10	
346	10	
347	10	
348	10	
349	10	
350	10	
351	10	
352	10	
353	10	
354	10	
355	10	
356	10	
357	10	
358	10	
359	10	
360	10	
361	10	
362	10	
363	10	
364	10	
365	10	
366	10	
367	10	
368	10	
369	10	
370	10	
371	10	
372	10	
373	10	
374	10	
375	10	
376	10	
377	10	
378	10	
379	10	
380	10	
381	10	
382	10	
383	10	
384	10	
385	10	
386	10	
387	10	
388	10	
389	10	
390	10	
391	10	
392	10	
393	10	
394	10	
395	10	
396	10	
397	10	
398	10	
399	10	
400	10	
401	10	
402	10	
403	10	

**RECEBIMENTO DA FARMACIA:**  
 Nome: Dr. Otton Teixeira Funcionário:  
 Endereço: Av. Engenheiro Otton Teixeira, 4003 Unidade:  
 Hora: 10:00 Criançalinho

**13/11/18**  
 - Crm: 1122  
 - TALIA AXELROD - USE (TENHO 2000)  
 - 0190.

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

UNIDADE:

PACIENTE:

VALDINÉS DE OLIVEIRA NO 110

MATRÍCULA:

IDADE:

SÉRVICO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA E  
HORA:

EVOLUÇÃO

06/11/13 Pac. F. Valdines de Oliveira no 110  
Grau 3 de Fratura, com instabilidade  
de 10 graus, que é o limite de segurança  
de estabilidade de 10 graus. (C) nenhuma  
Lesão

Edmundo  
CRM-SE 4008  
CRM-SE 4008  
CRM-SE 4008

IMAGEM CENTRO DIAGNÓSTICO

TC DE: omoplata

Nº REG: 19636

DATA: 19/11/13

REGP. TÉC: (C)

HOSPITAL GIGURIA

8-11-13 BPG, PIRI-UR

OUVIR, AG-UNA

(C) (111) TC em 30 no arco (C)

Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

9/11/13

Crux superior, pelo lado oposto da articulação  
(C) Foi fixado

Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

10-11-13

BPG PIRI-UR

OUVIR, AG-UNA

Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

11-11-13

BPG PIRI-UR

OUVIR, AG-UNA Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

12/11

P.D. INMOVILIZADO MAIS 1 (UM) MÊS FRAUDE ÚNICO  
PROXIMAL DIA, COMUNICADA (N27 e IV) E PENA  
DE INMOVILIZAÇÃO DIAES CONTINUAIS.

12/11  
ESTO TÉCNICO

Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HOSPITAL  
CIRURGIA  
22

NAME:

Vadilene de Oliveira Rocha

UNIDADE: Wikipédia F REGISTRO: 2059663 LÉTIO: 83 DATA: 31

22





1-PILOTIPO: <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/> 2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> 5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Atoxílico	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> 10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-VEZES: <input type="checkbox"/> 12-VEZES: <input type="checkbox"/> 13-VEZES: <input type="checkbox"/> 14-VEZES: <input type="checkbox"/> 15-VEZES: <input type="checkbox"/> 16-VEZES: <input type="checkbox"/> 17-VEZES: <input type="checkbox"/> 18-VEZES: <input type="checkbox"/> 19-VEZES: <input type="checkbox"/> 20-VEZES: <input type="checkbox"/> 21-VEZES: <input type="checkbox"/> 22-VEZES: <input type="checkbox"/> 23-VEZES: <input type="checkbox"/> 24-VEZES: <input type="checkbox"/> 25-VEZES: <input type="checkbox"/> 26-VEZES: <input type="checkbox"/> 27-VEZES: <input type="checkbox"/> 28-VEZES: <input type="checkbox"/> 29-VEZES: <input type="checkbox"/> 30-VEZES: <input type="checkbox"/> 31-VEZES: <input type="checkbox"/> 32-VEZES: <input type="checkbox"/> 33-VEZES: <input type="checkbox"/> 34-VEZES: <input type="checkbox"/> 35-VEZES: <input type="checkbox"/> 36-VEZES: <input type="checkbox"/> 37-VEZES: <input type="checkbox"/> 38-VEZES: <input type="checkbox"/> 39-VEZES: <input type="checkbox"/> 40-VEZES: <input type="checkbox"/> 41-VEZES: <input type="checkbox"/> 42-VEZES: <input type="checkbox"/> 43-VEZES: <input type="checkbox"/> 44-VEZES: <input type="checkbox"/> 45-VEZES: <input type="checkbox"/> 46-VEZES: <input type="checkbox"/> 47-VEZES: <input type="checkbox"/> 48-VEZES: <input type="checkbox"/> 49-VEZES: <input type="checkbox"/> 50-VEZES: <input type="checkbox"/> 51-VEZES: <input type="checkbox"/> 52-VEZES: <input type="checkbox"/> 53-VEZES: <input type="checkbox"/> 54-VEZES: <input type="checkbox"/> 55-VEZES: <input type="checkbox"/> 56-VEZES: <input type="checkbox"/> 57-VEZES: <input type="checkbox"/> 58-VEZES: <input type="checkbox"/> 59-VEZES: <input type="checkbox"/> 60-VEZES: <input type="checkbox"/> 61-VEZES: <input type="checkbox"/> 62-VEZES: <input type="checkbox"/> 63-VEZES: <input type="checkbox"/> 64-VEZES: <input type="checkbox"/> 65-VEZES: <input type="checkbox"/> 66-VEZES: <input type="checkbox"/> 67-VEZES: <input type="checkbox"/> 68-VEZES: <input type="checkbox"/> 69-VEZES: <input type="checkbox"/> 70-VEZES: <input type="checkbox"/> 71-VEZES: <input type="checkbox"/> 72-VEZES: <input type="checkbox"/> 73-VEZES: <input type="checkbox"/> 74-VEZES: <input type="checkbox"/> 75-VEZES: <input type="checkbox"/> 76-VEZES: <input type="checkbox"/> 77-VEZES: <input type="checkbox"/> 78-VEZES: <input type="checkbox"/> 79-VEZES: <input type="checkbox"/> 80-VEZES: <input type="checkbox"/> 81-VEZES: <input type="checkbox"/> 82-VEZES: <input type="checkbox"/> 83-VEZES: <input type="checkbox"/> 84-VEZES: <input type="checkbox"/> 85-VEZES: <input type="checkbox"/> 86-VEZES: <input type="checkbox"/> 87-VEZES: <input type="checkbox"/> 88-VEZES: <input type="checkbox"/> 89-VEZES: <input type="checkbox"/> 90-VEZES: <input type="checkbox"/> 91-VEZES: <input type="checkbox"/> 92-VEZES: <input type="checkbox"/> 93-VEZES: <input type="checkbox"/> 94-VEZES: <input type="checkbox"/> 95-VEZES: <input type="checkbox"/> 96-VEZES: <input type="checkbox"/> 97-VEZES: <input type="checkbox"/> 98-VEZES: <input type="checkbox"/> 99-VEZES: <input type="checkbox"/> 100-VEZES: <input type="checkbox"/>
07:00 <input type="checkbox"/> 07:30 <input type="checkbox"/> 08:00 <input type="checkbox"/> 08:30 <input type="checkbox"/> 09:00 <input type="checkbox"/> 09:30 <input type="checkbox"/> 10:00 <input type="checkbox"/> 10:30 <input type="checkbox"/> 11:00 <input type="checkbox"/> 11:30 <input type="checkbox"/> 12:00 <input type="checkbox"/> 12:30 <input type="checkbox"/> 13:00 <input type="checkbox"/> 13:30 <input type="checkbox"/> 14:00 <input type="checkbox"/> 14:30 <input type="checkbox"/> 15:00 <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30 <input type="checkbox"/> 17:00 <input type="checkbox"/> 17:30 <input type="checkbox"/> 18:00 <input type="checkbox"/> 18:30 <input type="checkbox"/> 19:00 <input type="checkbox"/> 19:30 <input type="checkbox"/> 20:00 <input type="checkbox"/> 20:30 <input type="checkbox"/> 21:00 <input type="checkbox"/> 21:30 <input type="checkbox"/> 22:00 <input type="checkbox"/> 22:30 <input type="checkbox"/> 23:00 <input type="checkbox"/> 23:30 <input type="checkbox"/> 24:00 <input type="checkbox"/> 24:30 <input type="checkbox"/> 25:00 <input type="checkbox"/> 25:30 <input type="checkbox"/> 26:00 <input type="checkbox"/> 26:30 <input type="checkbox"/> 27:00 <input type="checkbox"/> 27:30 <input type="checkbox"/> 28:00 <input type="checkbox"/> 28:30 <input type="checkbox"/> 29:00 <input type="checkbox"/> 29:30 <input type="checkbox"/> 30:00 <input type="checkbox"/> 30:30 <input type="checkbox"/> 31:00 <input type="checkbox"/> 31:30 <input type="checkbox"/> 32:00 <input type="checkbox"/> 32:30 <input type="checkbox"/> 33:00 <input type="checkbox"/> 33:30 <input type="checkbox"/> 34:00 <input type="checkbox"/> 34:30 <input type="checkbox"/> 35:00 <input type="checkbox"/> 35:30 <input type="checkbox"/> 36:00 <input type="checkbox"/> 36:30 <input type="checkbox"/> 37:00 <input type="checkbox"/> 37:30 <input type="checkbox"/> 38:00 <input type="checkbox"/> 38:30 <input type="checkbox"/> 39:00 <input type="checkbox"/> 39:30 <input type="checkbox"/> 40:00 <input type="checkbox"/> 40:30 <input type="checkbox"/> 41:00 <input type="checkbox"/> 41:30 <input type="checkbox"/> 42:00 <input type="checkbox"/> 42:30 <input type="checkbox"/> 43:00 <input type="checkbox"/> 43:30 <input type="checkbox"/> 44:00 <input type="checkbox"/> 44:30 <input type="checkbox"/> 45:00 <input type="checkbox"/> 45:30 <input type="checkbox"/> 46:00 <input type="checkbox"/> 46:30 <input type="checkbox"/> 47:00 <input type="checkbox"/> 47:30 <input type="checkbox"/> 48:00 <input type="checkbox"/> 48:30 <input type="checkbox"/> 49:00 <input type="checkbox"/> 49:30 <input type="checkbox"/> 50:00 <input type="checkbox"/> 50:30 <input type="checkbox"/> 51:00 <input type="checkbox"/> 51:30 <input type="checkbox"/> 52:00 <input type="checkbox"/> 52:30 <input type="checkbox"/> 53:00 <input type="checkbox"/> 53:30 <input type="checkbox"/> 54:00 <input type="checkbox"/> 54:30 <input type="checkbox"/> 55:00 <input type="checkbox"/> 55:30 <input type="checkbox"/> 56:00 <input type="checkbox"/> 56:30 <input type="checkbox"/> 57:00 <input type="checkbox"/> 57:30 <input type="checkbox"/> 58:00 <input type="checkbox"/> 58:30 <input type="checkbox"/> 59:00 <input type="checkbox"/> 59:30 <input type="checkbox"/> 60:00 <input type="checkbox"/> 60:30 <input type="checkbox"/> 61:00 <input type="checkbox"/> 61:30 <input type="checkbox"/> 62:00 <input type="checkbox"/> 62:30 <input type="checkbox"/> 63:00 <input type="checkbox"/> 63:30 <input type="checkbox"/> 64:00 <input type="checkbox"/> 64:30 <input type="checkbox"/> 65:00 <input type="checkbox"/> 65:30 <input type="checkbox"/> 66:00 <input type="checkbox"/> 66:30 <input type="checkbox"/> 67:00 <input type="checkbox"/> 67:30 <input type="checkbox"/> 68:00 <input type="checkbox"/> 68:30 <input type="checkbox"/> 69:00 <input type="checkbox"/> 69:30 <input type="checkbox"/> 70:00 <input type="checkbox"/> 70:30 <input type="checkbox"/> 71:00 <input type="checkbox"/> 71:30 <input type="checkbox"/> 72:00 <input type="checkbox"/> 72:30 <input type="checkbox"/> 73:00 <input type="checkbox"/> 73:30 <input type="checkbox"/> 74:00 <input type="checkbox"/> 74:30 <input type="checkbox"/> 75:00 <input type="checkbox"/> 75:30 <input type="checkbox"/> 76:00 <input type="checkbox"/> 76:30 <input type="checkbox"/> 77:00 <input type="checkbox"/> 77:30 <input type="checkbox"/> 78:00 <input type="checkbox"/> 78:30 <input type="checkbox"/> 79:00 <input type="checkbox"/> 79:30 <input type="checkbox"/> 80:00 <input type="checkbox"/> 80:30 <input type="checkbox"/> 81:00 <input type="checkbox"/> 81:30 <input type="checkbox"/> 82:00 <input type="checkbox"/> 82:30 <input type="checkbox"/> 83:00 <input type="checkbox"/> 83:30 <input type="checkbox"/> 84:00 <input type="checkbox"/> 84:30 <input type="checkbox"/> 85:00 <input type="checkbox"/> 85:30 <input type="checkbox"/> 86:00 <input type="checkbox"/> 86:30 <input type="checkbox"/> 87:00 <input type="checkbox"/> 87:30 <input type="checkbox"/> 88:00 <input type="checkbox"/> 88:30 <input type="checkbox"/> 89:00 <input type="checkbox"/> 89:30 <input type="checkbox"/> 90:00 <input type="checkbox"/> 90:30 <input type="checkbox"/> 91:00 <input type="checkbox"/> 91:30 <input type="checkbox"/> 92:00 <input type="checkbox"/> 92:30 <input type="checkbox"/> 93:00 <input type="checkbox"/> 93:30 <input type="checkbox"/> 94:00 <input type="checkbox"/> 94:30 <input type="checkbox"/> 95:00 <input type="checkbox"/> 95:30 <input type="checkbox"/> 96:00 <input type="checkbox"/> 96:30 <input type="checkbox"/> 97:00 <input type="checkbox"/> 97:30 <input type="checkbox"/> 98:00 <input type="checkbox"/> 98:30 <input type="checkbox"/> 99:00 <input type="checkbox"/> 99:30 <input type="checkbox"/> 100:00 <input type="checkbox"/> 100:30 <input type="checkbox"/>		









Nombre: Valdilene de Oliveira Socha

REGISTRO: 1059663 | LEITO: B3 T03 | IDADE: 34 | UNIDADE: Utopia 5

HOSPITAL  
CIRURGIA

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

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	
13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero		8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexíca		9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes		11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:		12-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ar dor <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:	
Assinatura e identificação					



**Cópia  
Colorida**

Certifico que a presente cópia  
é a reprodução fiel do original  
que me foi apresentado  
Aquiadabá 25 de 12 de 2017  
O referido é verdade e dou fé  
*Mariângela Lucas Bentes*  
*Mariângela Lucas Bentes*  
Valido somente com o visto de autenticidade  
*Mariângela Lucas Bentes*

Selo Digital de Fiscalização  
Tribunal de Justiça de Sergipe

1º Ofício da Comarca de Aquidabá

05/12/2018- 14:09:27

[www.tjse.jus.br/x/2AJAJE](http://www.tjse.jus.br/x/2AJAJE)



2018295280110029

CAPEMISA

12 ABR 2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS 0000004766059 Nº 014003828824  
5 DETRAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
6  
7 VIA: COD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO:  
8 1 01023587049 000000000000 2018  
9 NOME:  
10 VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
11 CPF / CNPJ: 038.532.525-83 PLACA: QK08742  
12 PLACA ANT. / UF: QK08742/SE CHASSI: 9C2JC4820ER024564  
13 ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/ COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL  
14 MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB.: 2014 ANO MOC.: 2014  
15 CAP / POT / CIL: 2P0CV/124CC CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA  
16 COTA ÚNICA: PAGO VENC. COTA ÚNICA: 11/2018 VENC. COTAS: 11/2018  
17 FAIXA IPVA: V PARCELAMENTO / COTAS: 2/2018-2019-2020-2021-2022-2023  
18 A 3/2018-2019-2020-2021-2022-2023  
19 PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
20 SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018  
21 OBSERVAÇÕES: DOCUMENTO DE VÔTO OBRIGATÓRIO  
22 SEM RESTRIÇÕES. *Quinto*  
23 LOCAL: AQUIDABÁ-SE DATA: 21/03/2018  
24 MARCOS Sampaio Kuhf  
DIRETOR PRESIDENTE  
25 FAX/EMAIL:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 014003828824 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 21/03/2018  
VIA: RENAVAM CPF / CNPJ: 038.532.525-83 PLACA: QK08742  
MARAÇA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES  
ANO FAB.: 2014 CAT. TAN.: 9 NP CHASSI: 9C2JC4820ER024564  
PRÉMIO TARIFÁRIO  
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
81,29 9,03 90,32  
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)  
4,15 8,70 185,50  
PAGAMENTO  
 COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 20/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 06.245.808/0001-04

Cópia  
Colorida

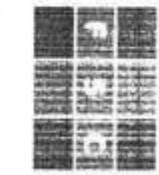
Certifico que a presente cópia  
é a reprodução fiel do original  
que me foi apresentado  
Aquiadabá 05 de 11 de 2018  
O referido é verdade e dou fé  
*Mariângela Macêdo*  
Valido somente com o Seu Atestado  
e assinatura  
*Mariângela Macêdo*

Selo Digital de Fiscalização  
Tribunal de Justiça de Sergipe  
1º Ofício da Comarca de Aquidabá  
05/12/2018 14:11:48  
[www.tjse.jus.br/o/QEFBMH](http://www.tjse.jus.br/o/QEFBMH) 201829528010027

CAPEMISA  
12 ABR 2019

08/03/19.

n 750



## FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Atendendo à sua solicitação

Resolvi solicitar o Dr. Dr. Celso

Lechão. Será dirigido ao Dr. Celso

Dr. Celso. Deu sua concordância

que o seu médico de família

ADM em Lechão em circun-

stâncias de menor urgência.

Lechão é de fato muito pior

que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

Lechão é de fato muito pior

que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

Lechão

CAPEMISA  
12 ABR 2019

## FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA



S 602

Lechão é de fato muito pior  
que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

Lechão é de fato muito pior  
que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

Lechão é de fato muito pior  
que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

Lechão é de fato muito pior  
que o Dr. Dr. Celso. Dr. Celso

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126229/19

**Vítima:** VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

**CPF:** 038.532.525-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/11/2018

**Titular do CPF:** VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA : 038.532.525-83**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019  
Nome: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA  
CPF: 038.532.525-83

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019  
Nome: JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO  
CPF: 015.755.575-50

\_\_\_\_\_  
VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

\_\_\_\_\_  
JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO