



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

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

Dados do Processo

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

Assuntos

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

Dados das Partes

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

AV. PARAGUAI, CENTRO FONE:(79)3341-1234

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: AQUIDABÃ 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: AQUIDABÃ 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 BARRIO AILTON

CEP: Bairro: Cidade: AQUIDABÃ UF: SE

Proximidades: ZONA RURAL Telefone:

HISTÓRICO

Narra a noticiante que no dia, hora e local acima citados que, estava seguindo em sua moto de MARCA/MODELO: HONDA BIZ 125 ES PLACA: QK0742/SE, CHASSI: 9C2JC4820ER024564 ANO: 2014, CATEGORIA: PARTIC, COR: VERMELHA, registrada em nome de: Valdilene de Oliveira Rocha, sentido Lagoa do Mato a Aquidabã, quando colidiu contra um cachorro nas imediações do povoado santa terezinha, QUE, devido a colisão a noticiante fraturou o punho esquerdo e a clavícula direita, conforme ficha de atendimento do Hospital Regional de Propriá, onde a noticiante foi atendida.

Para fins de DPVAT.

Acrescentado por Leonard Raphael Moura Araujo - 23/11/2018 às 11:37

QUE, FOI TRANSPORTADA PARA O MUNICÍPIO DE PROPRIÁ POR UMA AMBULÂNCIA DA PREFETURA MUNICIPAL DE AQUIDABÃ.

Acrescentado por Leonard Raphael Moura Araujo - 23/11/2018 às 11:59

ACRESCENTAR A PLACA CORRETA: QK08742/SE

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

Responsável pela Alteração: Leonard Raphael Moura Araujo

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

OBS.: As informações fornecidas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquilo 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 de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Valdilene de Oliveira Rocha
VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA
Responsável pela comunicação

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: 038.532.525-83 Nome completo da vítima: Valdilene de Oliveira Rocha

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

Nome completo: Valdilene de Oliveira Rocha CPF: 038.532.525-83
Profissão: Assistente Administrativa Endereço: Rua: Lagoa do Mato Número: 20 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Aquidabã 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).

RENDA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3399 4 CONTA: 17.367 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

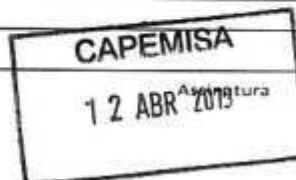
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Anacaju - SE 12/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Valdilene de Oliveira Rocha
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | 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 de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

p. 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 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...: 79/9980279
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: ___/___/___

Queima de nariz

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura do osso + fratura do osso*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx obs 17 + Rx puls. 27

CAPEMISA

12 ABR 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 10:40

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. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES
0002283

4 - CNES
0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
702006380780182

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/04/1987

9 - SEXO
Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1059663

11 - NOME DA MÃE
VANDILEIDE PEREIRA SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
VANDILEIDE PEREIRA SANTOS/MAE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
POVOADO LAGOA DO MATO S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
AQUIDABA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF
SE

19 - CEP
49790000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Fratura do ímex proximal do quadril
acident de moto no ± 14 km*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Traumatismo

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fr de ímex proximal

24 - CID 10 PRINCIPAL
S422

25 - CID 10 SECUNDÁRIO
V230

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020334

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedia

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 e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

08/11/18

281810016645-3

Dr. Camilla Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 4055

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Queixa de dor

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura do osso + fratura*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

R+obs 17 + R+puls 27

CAPEMISA

12 ABR 2019

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: 10:40

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. PATC

Valdilene 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 LEITO: ORT BUCO B03 - Ortopedia I
TIPO: Urgência
CONVENIO: SUS INTERNO
PROFISSIONAL:866-LUCIANO PASSOS DE SOUZA

PACIENTE

CARTÃO SUS:702006380780182

ATENDIMENTO:1059663

NOME: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA
ENDERECO: POVOADO LAGOA DO MATO N° 20 N°: 20
BAIRRO: Centro UF:SE CEP:49790000
CIDADE: Aquidabã CPF 03853252583
FONE: 99802-7948 R.G: 32411383
DATA NASC.:27/04/1987 IDADE:31 SEXO:Feminino
EST.CIVIL :Solteiro PROFISSÃO
NOME DO PAI:JOAO OLIVEIRA
NOME DA MAE:VALDILENE PEREIRA SANTOS

RESPONSÁVEL:

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

DADOS

COMPLEMENTARES:

CID: S42.2-Fratura da extremidade superior do úmero
ORIGEM: Aquidabã
DIAS INTERNAMENTO:4
PROC.SUS: 040802033-4 Tratamento Cirurgico De Fratura / Lesao Fisari
AIH.:
Ata 18/11/18

Lindiane Silva Santos
Secretária Clínica/FBHC
Mat. 89440

Carina dos Santos Souza
Matrícula / 97240
Secretária Clínica / FBHC

PRE-FATURAMENTO

Pedido: 059376

Emitente..... ORTOPLAN SERGIPE LTDA

Endereço..... AV. RIO BRANCO-EDF. OVIDIO TRIBEIRA -S.813 186, CENTRO, ARACAJU - SE, 49010-030

Fone..... 3221-0250/ 3222-0383

CNPJ/CPF: 02.681.701/0001-69

Ins. Est.: 27.097.585-3

Destinatário: (37) FUNDACAO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA

Endereço..... AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174

Cidade..... ARACAJU

CNPJ/CPF: 13.016.332/0001-06

Bairro..... CIXURUGIA

Fone..... (0079) 212 -7312/ 211 -8817

Ins. Est.: ISENTA

CEP..... 49035-170

UF..... SE

Data Emissão: 19.11.2018

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

Código	Descrição	Cf	St	Und	Qtd	Valor Unitario	VL Desc	Valor Total	ICMS	IPI	Valor IPI
07.02.03.072-4	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0 MM	(80128580096)	A	040	UND	1,000	27,7100	27,71			
Lote(s): 301216-	1,000 Val. INDETERMIN /										
07.02.03.083-0	KIT PLACA 1/3 TUBULAR 3.5 + PARAFUSO	(80006400000)	B	040	KIT	1,000	148,4000	148,40			
	PARAFUSO CORTICAL 3.5X30 P 1.75 TRAUMEDICA	(1,000)									
Lote(s): 193618-	1,000 Val. INDETERMIN /										
	PF CORT 3,5X26MM IOL	(1,000)									
Lote(s): 880315-	1,000 Val. INDETERMIN /										
	PL BETA 1/3 TUBO PQ FRAG 05F IOL	(1,000)									
Lote(s): 369218-	1,000 Val. INDETERMIN /										
	PARAFUSO CORTICAL 3,5X 38MM	(1,000)									
Lote(s): VD61220-	1,000 Val. INDETERMIN /										

Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA N. DE CIRURGIA

Convênio: SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE

Paciente: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

Id/AIX... /

Medico..... ANTONIO LARA

Instrumentador: KLEBER SANTOS DA MORA

Dt. Cirurgia.... 12.11.2018

Procedimento... 0408050578

Prontuario.: 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-Mota:	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 do Recebimento ____/____/____

Responsavel pelo recebimento _____

Procedimento nos
paga parafusos
so pomjoo.

Piora



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
CNS: 702006380780182 PLANO DE SAÚDE:
NATURALIDADE: AQUIDABA/SE MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: AQUIDABA/SE
TELEFONE: 998027948 REGIÃO DE SAÚDE:

UNIDADE PRODUTIVA: PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE ()

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

Ex de insu respirat

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Ex de insu respirat que
oculento de mto

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

Nega

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

Ex de insu respirat

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

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

T tratamento ambu

PARÂMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS						
PRESSÃO ARTERIAL	SATURAÇÃO DE O ₂	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLUCÊMIA	URÉIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O ₂ : SIM () NÃO ()	SECRETIVO: SIM () NÃO ()	INTUBADO: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

INFORMAÇÕES CLÍNICAS ADICIONAIS						
DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA: SIM/NÃO	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA: SIM/NÃO	ALIMENTAÇÃO ORAL: SUFICIENTE/INSUFICIENTE	ISOLAMENTO: SIM () RESPIRATÓRIO: NÃO ()	INSUF. RENAL: SIM/NÃO	ANTIBIÓTICOS: DE USO (DI)	ESCALA DE COMA DE GLASGOW: AO/MRV/MRM

VEICULO			
DEAMBULA	CADEIRANTE	ACAMADO	OUTROS

HIPOTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)
Ex de insuficiência renal D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
Tratamento urgente

É VEDADO AO MÉDICO

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

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

Médico Solicitante		NIR	
Data: <i>06/11/17</i>	Assinatura:	Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:	Responsável:	

CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Hora:
Responsável:	
CRL (Autorização)	
Data:	Hora:
NIR:	
Código:	
Assinatura:	

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.

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 umeral.
Presença de tala gessada.

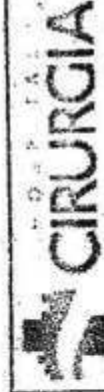
Aumento/densificação das partes moles adjacentes aos traços de fraturas anteriormente descritas.

Trofismo habitual da musculatura do manguito rotador.

Não há sinais de derrames articulares nas imagens obtidas.

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

FICHA DE EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA



N.º 2 Valdileine de Oliveira Rocha Matrícula:
 Id. 315200 Admissão: 03 Leito: 03
 Diagnósticos:

Sítio: DATA: 07.11.18 FC: 76 FR: 19 PA: T: 36.9
 AP: GCS: RASS: IMS: MRC: NC:
 VA: Sedação: DVA: SpO₂:
 Ventilação: Modo: PC: VC: TI: FR:
 Mecânica: FIO₂: PEEP: PS: I:E: Sens:
 Monit. Vent: Cast: Cdlm: Res: PaO₂/FIO₂:
 PROTOCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4

Reavaliação: Paciente consciente, orientada, alimentada, AA, VE, padecendo de respiratório misto, tosse e abdomen normais. Não foi possível aspirar e pressor arterial per cento de enfiamento nos MMS. Deixa o paciente em B66. Seguintes SSVU = FC 64, FR 19, T 36.9, SpO₂ 97%.

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

OBS: Ad. fomy Kelly Martins da Silva.
 Prof. Nec. Thiago Amor (preceptor)
 CREFITO 155786-E
 Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS
 EXAME: HORA: RESULTADOS:
 GASO: pH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:
 GASO: pH: PaO₂: PCO₂: HCO₃: BE:
 RAO X: OUTROS:
 MAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:

CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO
 CONDUÇÃO: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
 Fisioterapeuta/CREFITO



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 12/11/18 Convênio: _____ Matrícula: _____
 Paciente: VALDIRZ OLIVEIRA ROCHA Idade: 63
 Internado em: 1 Unidade: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de Horário		Unidade de Enfermagem	
1	2	3	4	5	6
1. Repouso absoluto	Atenção				
2. Dieta livre	SND				
3. Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	⑤	500			
4. Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	JA	18			
5. Dipirone 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	JA	18			
6. Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	JA				
7. Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	JA	16			
8. Cuidados gerais.					

Dr. Augusto Leite
 Cirurgião Especialista
 CRM-SE 4003

Dr. Gibson Teixeira
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-SE 4003

Dr. Valdirz Oliveira Rocha
 13/11/18
 - C-MA-100
 - TAVA APLICADA NO MSE (TECNICO MAGNY)
 - A199.

Dr. Augusto Leite
 Cirurgião Especialista
 CRM-SE 4003

Dr. Gibson Teixeira
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-SE 4003

Dr. Valdirz Oliveira Rocha
 13/11/18
 - C-MA-100
 - TAVA APLICADA NO MSE (TECNICO MAGNY)
 - A199.

Dr. Augusto Leite
 Cirurgião Especialista
 CRM-SE 4003

Dr. Gibson Teixeira
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-SE 4003

Dr. Valdirz Oliveira Rocha
 13/11/18
 - C-MA-100
 - TAVA APLICADA NO MSE (TECNICO MAGNY)
 - A199.

Dr. Augusto Leite
 Cirurgião Especialista
 CRM-SE 4003

Dr. Gibson Teixeira
 Ortopedia Traumatologia
 CRM-SE 4003

Dr. Valdirz Oliveira Rocha
 13/11/18
 - C-MA-100
 - TAVA APLICADA NO MSE (TECNICO MAGNY)
 - A199.



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

UNIDADE:

PACIENTE:

VAIDILENE DE OLIVEIRA RUIZ

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM:

LEITO:

CONVÊNIO:

DATA E
HORA

EVOLUÇÃO

06/11/18 Paciente admitida para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito, com fixação por meio de sistema de nacos e talão sem pontos

7/11/18 RM, PIR, RM
Cirurgia de fratura de fêmur direito

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

IMAGEM CENTRO DIAGNÓSTICO

TC DE ombro Direito

Nº REG: 19636

DATA: 09.11.18

RESP. TEG: [assinatura]

HOSPITAL CIRURGIA

8.11.18 RM, Fêmur
Cirurgia de fratura de fêmur direito
Sistema de nacos e talão TC em 30 no osso

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

9/11/18 (C) Cirurgia super pólc esquerda da mão esquerda
(C) Fêmur, fratura

Dr. Paulo Alotti
Médico
CRM-SE 4451

10-11-18 RM, PIR, RM
Cirurgia de fratura de fêmur direito

Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

11-11-18 RM, PIR, RM
Cirurgia de fratura de fêmur direito

Dr. Gilson Teixeira
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 4003

12/11 P.D. IMPLANTADO MAT. CIRCULADO FRATURA UMBILIC
PROXIMAL DIA, UMBILICADA (N2TH IV) E PENA
DE UMBILICADA MEDIOCRITICA.

Dr. Antonio E. Louro Ara
Ortopedia/Traumatologia
CRM 2003-0507 0002

TIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 3-LOCOMOÇÃO: ☒ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 9-INGESTÃO: ☒ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Refratária

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 9-EVACUAÇÃO: ☒ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 10-DIPIRESE: Atente: horas ☐ Presente: ☐ Absente: ☐ Zero
 11-ALTERAÇÕES NA URINA: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações na urina:

12-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

13-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

14-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

15-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

16-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

17-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

18-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

19-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

20-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

21-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

22-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

23-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

24-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

25-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

26-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

27-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

28-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

29-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

30-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

31-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

32-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

33-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

34-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

35-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

36-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

37-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

38-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

39-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

40-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

41-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

42-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

43-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

44-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

45-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

46-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

47-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

48-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

49-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

50-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

51-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

52-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

53-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

54-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

55-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

56-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

57-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

58-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

59-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

60-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

61-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

62-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

63-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

64-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

65-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

66-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

67-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

68-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

69-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

70-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

71-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

72-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

73-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

74-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

75-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

76-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

77-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

78-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

79-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

80-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

81-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

82-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

83-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

84-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

85-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

86-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

87-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

88-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

89-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

90-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

91-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

92-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

93-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

94-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

95-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

96-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

97-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

98-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

99-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

100-ALTERAÇÕES NAS FOSAS: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fosas:

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura																								
Pressão Arterial																								
F. Cardíaca																								
F. Respiratória																								

1-Aspiração (1) TOT (2) TQT (3) Orofaringe (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
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-Manuseio de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça																								

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

Assinatura e identificação

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HOSPITAL
CIRURGIA

NOME: Valdirene de Oliveira Rocha
IDADE: 31 LEITO: B3 REGISTRO: 2059663 UNIDADE: Intensiva F

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input checked="" 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
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina:	
<p>04:00 - Paciente no leito, sem alterações até o momento, em uso de AUP via TSA com seroterapia, calma, eupnéica, aférril, oximétrica, em companhia de familiares.</p> <p>08:00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela enfermeira.</p> <p>09:00 - Realizou banho de aspersão.</p> <p>10:00 - Aceitou o suco, oferecido pela enfermeira.</p> <p>11:00 - Aceitou o almoço, com prescrição médica.</p> <p>12:00 - Aceitou o almoço, oferecido pela enfermeira.</p> <p>13:00 - Aceitou o jantar, com prescrição médica.</p> <p>14:00 - Foi segurado em os cuidados da equipe de enfermagem.</p>		

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	Alterações na urina:	
<p>04:00 - Paciente no leito, em uso de AUP com seroterapia, na companhia de familiares.</p> <p>08:00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela enfermeira.</p> <p>09:00 - Realizou banho de aspersão.</p> <p>10:00 - Aceitou o suco, oferecido pela enfermeira.</p> <p>11:00 - Aceitou o almoço, com prescrição médica.</p> <p>12:00 - Aceitou o almoço, oferecido pela enfermeira.</p> <p>13:00 - Aceitou o jantar, com prescrição médica.</p> <p>14:00 - Foi segurado em os cuidados da equipe de enfermagem.</p>		

Assinatura e Identificação
858486
Flávia de Jesus

HOSPITAL CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☒ Líquida ☐ Zero
 10-DIURESE: Ausente: 07:00 horas ☒ Presente: 07:00 horas

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações na urina:

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fezes:

07:00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no N.S.D. Hidratado, calma, eufórica, afável, acionática, em companhia de familiar.

08:00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela nutrição.

09:00 - Realizado banho de aspersão + estêreil do leito.

10:00 - Adm. profunda IV de soro, conforme prescrição médica.

11:00 - Aceitou o suco, oferecido pela nutrição.

12:00 - Adm. duplamente IV de soro, conforme prescrição médica.

13:00 - Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição.

14:00 - Paciente bem ao cuidado da equipe de enfermagem.

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso
 4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 10-DIURESE: Ausente: 13:00 horas ☐ Presente: 13:00 horas

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações na urina:

Alterações nas fezes: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade ☐ Alterações nas fezes:

13:00 - Paciente no leito calma, tranquilizada em uso de AUP no N.S. sem alterações.

14:00 - Paciente bem ao cuidado da administração do bromal de 303 segue aos cuidados.

15:00 - Paciente bem ao cuidado da administração do bromal de 303 segue aos cuidados.

16:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

17:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

18:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

19:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

20:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

21:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

22:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

23:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

24:00 - Realizado AUP no N.S.D. em gelos 24.

Assinatura e identificação

987858

Assinatura e identificação

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HOSPITAL

CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Valdirene de Oliveira Rocha

IDADE: 31 LEITO: B3 REGISTRO: 1059663 UNIDADE: Outopédio J

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

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

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

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

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

10-ONIRESE: Ausente: _____ vezes Presente: _____ vezes

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

1-BIOTÓPO: ☐ Caquético ☐ Eutrófico ☐ Obeso

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

07/00 às 07:30 h

07/06/2008

07:30h Deixou o leito sem guarda montando o quadro clínico sem queixa
08:30h Deixou o leito da manhã sem alterações
09:30h Deixou o leito sem prescrição
10:30h Deixou o leito no banheiro e trouxe de lá um
11:30h Deixou o leito sem alterações
12:00h Deixou o leito sem prescrição
13:00h Deixou o leito sem alterações
14:00h Deixou o leito sem alterações
15:00h Deixou o leito sem alterações
16:00h Deixou o leito sem alterações
17:00h Deixou o leito sem alterações
18:00h Deixou o leito sem alterações
19:00h Deixou o leito sem alterações
20:00h Deixou o leito sem alterações
21:00h Deixou o leito sem alterações
22:00h Deixou o leito sem alterações
23:00h Deixou o leito sem alterações
24:00h Deixou o leito sem alterações

Assinatura e Rubrica: [assinatura]

987858

13/11/2018

1- SÍMPTOMAS: ☐ Cefaléia ☐ Eufórico ☐ Obeso ☐ 2- COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional ☐ 3- LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4- CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso ☐ 5- ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente ☐ 6- LCSA POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

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

9- ALERGIAS: ☐ Sem alergia ☐ 10- DIURÉTICO: ☐ Prescrito ☐ Não

11- SINAIS VITAIS: ☐ 12- SINAIS DE VITAIS: ☐ 13- SINAIS DE VITAIS: ☐ 14- SINAIS DE VITAIS: ☐ 15- SINAIS DE VITAIS: ☐ 16- SINAIS DE VITAIS: ☐ 17- SINAIS DE VITAIS: ☐ 18- SINAIS DE VITAIS: ☐ 19- SINAIS DE VITAIS: ☐ 20- SINAIS DE VITAIS: ☐ 21- SINAIS DE VITAIS: ☐ 22- SINAIS DE VITAIS: ☐ 23- SINAIS DE VITAIS: ☐ 24- SINAIS DE VITAIS: ☐ 25- SINAIS DE VITAIS: ☐ 26- SINAIS DE VITAIS: ☐ 27- SINAIS DE VITAIS: ☐ 28- SINAIS DE VITAIS: ☐ 29- SINAIS DE VITAIS: ☐ 30- SINAIS DE VITAIS: ☐ 31- SINAIS DE VITAIS: ☐ 32- SINAIS DE VITAIS: ☐ 33- SINAIS DE VITAIS: ☐ 34- SINAIS DE VITAIS: ☐ 35- SINAIS DE VITAIS: ☐ 36- SINAIS DE VITAIS: ☐ 37- SINAIS DE VITAIS: ☐ 38- SINAIS DE VITAIS: ☐ 39- SINAIS DE VITAIS: ☐ 40- SINAIS DE VITAIS: ☐ 41- SINAIS DE VITAIS: ☐ 42- SINAIS DE VITAIS: ☐ 43- SINAIS DE VITAIS: ☐ 44- SINAIS DE VITAIS: ☐ 45- SINAIS DE VITAIS: ☐ 46- SINAIS DE VITAIS: ☐ 47- SINAIS DE VITAIS: ☐ 48- SINAIS DE VITAIS: ☐ 49- SINAIS DE VITAIS: ☐ 50- SINAIS DE VITAIS: ☐ 51- SINAIS DE VITAIS: ☐ 52- SINAIS DE VITAIS: ☐ 53- SINAIS DE VITAIS: ☐ 54- SINAIS DE VITAIS: ☐ 55- SINAIS DE VITAIS: ☐ 56- SINAIS DE VITAIS: ☐ 57- SINAIS DE VITAIS: ☐ 58- SINAIS DE VITAIS: ☐ 59- SINAIS DE VITAIS: ☐ 60- SINAIS DE VITAIS: ☐ 61- SINAIS DE VITAIS: ☐ 62- SINAIS DE VITAIS: ☐ 63- SINAIS DE VITAIS: ☐ 64- SINAIS DE VITAIS: ☐ 65- SINAIS DE VITAIS: ☐ 66- SINAIS DE VITAIS: ☐ 67- SINAIS DE VITAIS: ☐ 68- SINAIS DE VITAIS: ☐ 69- SINAIS DE VITAIS: ☐ 70- SINAIS DE VITAIS: ☐ 71- SINAIS DE VITAIS: ☐ 72- SINAIS DE VITAIS: ☐ 73- SINAIS DE VITAIS: ☐ 74- SINAIS DE VITAIS: ☐ 75- SINAIS DE VITAIS: ☐ 76- SINAIS DE VITAIS: ☐ 77- SINAIS DE VITAIS: ☐ 78- SINAIS DE VITAIS: ☐ 79- SINAIS DE VITAIS: ☐ 80- SINAIS DE VITAIS: ☐ 81- SINAIS DE VITAIS: ☐ 82- SINAIS DE VITAIS: ☐ 83- SINAIS DE VITAIS: ☐ 84- SINAIS DE VITAIS: ☐ 85- SINAIS DE VITAIS: ☐ 86- SINAIS DE VITAIS: ☐ 87- SINAIS DE VITAIS: ☐ 88- SINAIS DE VITAIS: ☐ 89- SINAIS DE VITAIS: ☐ 90- SINAIS DE VITAIS: ☐ 91- SINAIS DE VITAIS: ☐ 92- SINAIS DE VITAIS: ☐ 93- SINAIS DE VITAIS: ☐ 94- SINAIS DE VITAIS: ☐ 95- SINAIS DE VITAIS: ☐ 96- SINAIS DE VITAIS: ☐ 97- SINAIS DE VITAIS: ☐ 98- SINAIS DE VITAIS: ☐ 99- SINAIS DE VITAIS: ☐ 100- SINAIS DE VITAIS: ☐ 101- SINAIS DE VITAIS: ☐ 102- SINAIS DE VITAIS: ☐ 103- SINAIS DE VITAIS: ☐ 104- SINAIS DE VITAIS: ☐ 105- SINAIS DE VITAIS: ☐ 106- SINAIS DE VITAIS: ☐ 107- SINAIS DE VITAIS: ☐ 108- SINAIS DE VITAIS: ☐ 109- SINAIS DE VITAIS: ☐ 110- SINAIS DE VITAIS: ☐ 111- SINAIS DE VITAIS: ☐ 112- SINAIS DE VITAIS: ☐ 113- SINAIS DE VITAIS: ☐ 114- SINAIS DE VITAIS: ☐ 115- SINAIS DE VITAIS: ☐ 116- SINAIS DE VITAIS: ☐ 117- SINAIS DE VITAIS: ☐ 118- SINAIS DE VITAIS: ☐ 119- SINAIS DE VITAIS: ☐ 120- SINAIS DE VITAIS: ☐ 121- SINAIS DE VITAIS: ☐ 122- SINAIS DE VITAIS: ☐ 123- SINAIS DE VITAIS: ☐ 124- SINAIS DE VITAIS: ☐ 125- SINAIS DE VITAIS: ☐ 126- SINAIS DE VITAIS: ☐ 127- SINAIS DE VITAIS: ☐ 128- SINAIS DE VITAIS: ☐ 129- SINAIS DE VITAIS: ☐ 130- SINAIS DE VITAIS: ☐ 131- SINAIS DE VITAIS: ☐ 132- SINAIS DE VITAIS: ☐ 133- SINAIS DE VITAIS: ☐ 134- SINAIS DE VITAIS: ☐ 135- SINAIS DE VITAIS: ☐ 136- SINAIS DE VITAIS: ☐ 137- SINAIS DE VITAIS: ☐ 138- SINAIS DE VITAIS: ☐ 139- SINAIS DE VITAIS: ☐ 140- SINAIS DE VITAIS: ☐ 141- SINAIS DE VITAIS: ☐ 142- SINAIS DE VITAIS: ☐ 143- SINAIS DE VITAIS: ☐ 144- SINAIS DE VITAIS: ☐ 145- SINAIS DE VITAIS: ☐ 146- SINAIS DE VITAIS: ☐ 147- SINAIS DE VITAIS: ☐ 148- SINAIS DE VITAIS: ☐ 149- SINAIS DE VITAIS: ☐ 150- SINAIS DE VITAIS: ☐ 151- SINAIS DE VITAIS: ☐ 152- SINAIS DE VITAIS: ☐ 153- SINAIS DE VITAIS: ☐ 154- SINAIS DE VITAIS: ☐ 155- SINAIS DE VITAIS: ☐ 156- SINAIS DE VITAIS: ☐ 157- SINAIS DE VITAIS: ☐ 158- SINAIS DE VITAIS: ☐ 159- SINAIS DE VITAIS: ☐ 160- SINAIS DE VITAIS: ☐ 161- SINAIS DE VITAIS: ☐ 162- SINAIS DE VITAIS: ☐ 163- SINAIS DE VITAIS: ☐ 164- SINAIS DE VITAIS: ☐ 165- SINAIS DE VITAIS: ☐ 166- SINAIS DE VITAIS: ☐ 167- SINAIS DE VITAIS: ☐ 168- SINAIS DE VITAIS: ☐ 169- SINAIS DE VITAIS: ☐ 170- SINAIS DE VITAIS: ☐ 171- SINAIS DE VITAIS: ☐ 172- SINAIS DE VITAIS: ☐ 173- SINAIS DE VITAIS: ☐ 174- SINAIS DE VITAIS: ☐ 175- SINAIS DE VITAIS: ☐ 176- SINAIS DE VITAIS: ☐ 177- SINAIS DE VITAIS: ☐ 178- SINAIS DE VITAIS: ☐ 179- SINAIS DE VITAIS: ☐ 180- SINAIS DE VITAIS: ☐ 181- SINAIS DE VITAIS: ☐ 182- SINAIS DE VITAIS: ☐ 183- SINAIS DE VITAIS: ☐ 184- SINAIS DE VITAIS: ☐ 185- SINAIS DE VITAIS: ☐ 186- SINAIS DE VITAIS: ☐ 187- SINAIS DE VITAIS: ☐ 188- SINAIS DE VITAIS: ☐ 189- SINAIS DE VITAIS: ☐ 190- SINAIS DE VITAIS: ☐ 191- SINAIS DE VITAIS: ☐ 192- SINAIS DE VITAIS: ☐ 193- SINAIS DE VITAIS: ☐ 194- SINAIS DE VITAIS: ☐ 195- SINAIS DE VITAIS: ☐ 196- SINAIS DE VITAIS: ☐ 197- SINAIS DE VITAIS: ☐ 198- SINAIS DE VITAIS: ☐ 199- SINAIS DE VITAIS: ☐ 200- SINAIS DE VITAIS: ☐ 201- SINAIS DE VITAIS: ☐ 202- SINAIS DE VITAIS: ☐ 203- SINAIS DE VITAIS: ☐ 204- SINAIS DE VITAIS: ☐ 205- SINAIS DE VITAIS: ☐ 206- SINAIS DE VITAIS: ☐ 207- SINAIS DE VITAIS: ☐ 208- SINAIS DE VITAIS: ☐ 209- SINAIS DE VITAIS: ☐ 2

[illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Valdineia de Oliveira Rocha
 IDADE: 31 ANOS
 REGISTRO: 33
 UNIDADE: Unidade 1

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

DATA:

Assinatura e identificação

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

13:00 h 19/08/2018

14:00 h 19/08/2018

15:00 h 19/08/2018

16:00 h 19/08/2018

17:00 h 19/08/2018

18:00 h 19/08/2018

19:00 h 19/08/2018

20:00 h 19/08/2018

21:00 h 19/08/2018

22:00 h 19/08/2018

23:00 h 19/08/2018

Segue as evoluções

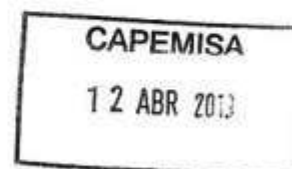
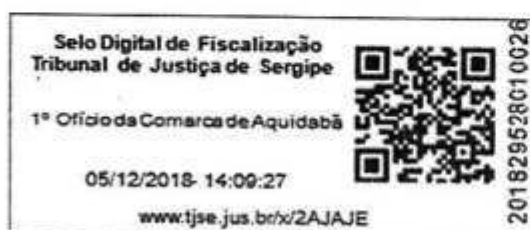
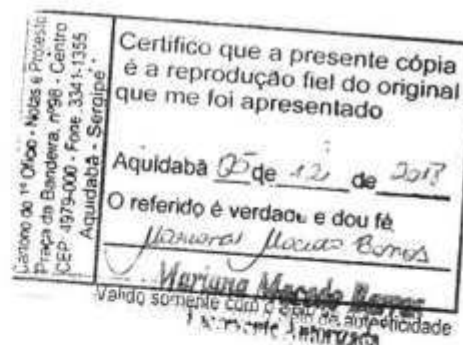
19/08/2018

8587858

Assinatura e identificação



**Cópia
Colorida**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CS
5
6
2
8
9
3
6
8
2
9
1

DETRAN - SE 000004766059 Nº 014003828824
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAL R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 01023587049 00000000000 2018

NOME
VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

CPF / CNPJ 038.532.525-83 PLACA QK08742

PLACA ANT. / UF QK08742/SE CHASSI 9C2JC4820ER024564

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/ COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / OIL 2P0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I PAGO ***** 1 *****
FAXA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS 2 *****
A ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE REGISTRO OBRIGATORIO
SEM RESTRICOES

LOCAL Aquidaba-SE DATA 21/03/2018

Marcelo Sampaio Kuhl
DIRETOR PRESIDENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
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
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 21/03/2018

VIA 1 CÔD. RENAVAL R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1 01023587049 00000000000 2018

CPF / CNPJ 038.532.525-83 PLACA QK08742

RENAVAL 1023587049 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2014 DATA 9 Nº CHASSI 9C2JC4820ER024564

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DENATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,70 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,50

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 20/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.808/0001-04



Cópia
Colorida

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

Aquidaba 05 de 12 de 2018

O referido é verdadeiro e dou fé

Mariana Macedo Barros

Válido somente com o Selo de Autenticidade
Fiscalmente Autorizada

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe

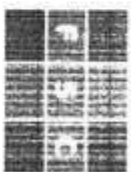
1º Ofício da Comarca de Aquidaba

05/12/2018 14:11:48

www.tjse.jus.br/x/QEFBMH

201829528010027

CAPEMISA
12 ABR 2019



FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Atividade Fisioterápica

Paciente Volteire de Oliveira,

Resida na rua da Igreja do Espírito Santo.

Idade 60 anos, sexo feminino, branco.

Atualmente com redução de força

ABD e na marcha em si e no

equilíbrio e no movimento.

Atualmente em tratamento fisio-

terapêutico com fisioterapia funcional.

Atualmente em tratamento fisio-

terapêutico com fisioterapia funcional.

Dr. Tiago Aragão

Fisioterapeuta

CREFITO - 226731-F

CNPJ: 05.977.636/000

Av. Leonor Barreto Franco, nº 370 -

CEP 49790-000

CAPEMISA
12 ABR 2019

08/03/19.

11730

542.2



FUNDAÇÃO MÉDICA SANTA CECÍLIA

Volteire de Oliveira

Atividade Fisio-

Terapêutica

Atualmente em

tratamento fisio-

terapêutico com fisioterapia funcional.

Atualmente em tratamento fisio-

terapêutico com fisioterapia funcional.

CNPJ: 05.977.636/0001-01

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126229/19

Vítima: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

CPF: 038.532.525-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/11/2018

Titular do CPF: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

CPF de: Próprio

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 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

VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA MARIA DOS SANTOS MACHADO