

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

Valorização 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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



DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ

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

Boletim de Ocorrência 2018/06527.0-000690 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AQUIDABÃ
Endereço: AV. PARAGUAI, CENTRO FONE:(79)3341-1238

FATO

Natureza: FATO ATÍPICO

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

Endereço: Povoado Lagoa do Mato Número: S/N Complemento: ZONA RURAL CEP: 49790-000

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

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

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

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 32411383 UF: SE Órgão expedidor: 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 Aquidabã, quando colidiu contra um cachorro nas imediações do povoado Santa Terezinha, QUE, devido a colisão o noticiante fraturou o punho esquerdo e a clavícula direita, conforme ficha de atendimento do Hospital Regional de Propriá, onde a noticiante foi atendida.

Para fins de DPVAT.

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

QUE FOI TRANSPORTADA PARA O MUNICÍPIO DE PROPRIÁ POR UMA AMBULÂNCIA DA PRF - SETURA MUNICIPAL DE AQUIDABÃ.

Acrescentado por Leonard Raphael Moura Araújo - 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 Araújo

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

OBS.: As informações narradas pelo declarante/ vítima não é 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, reclusão, de um a três anos, 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 Araújo
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: <i>Valdilene de Oliveira Rocha</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Valdilene de Oliveira Rocha</i>			CPF: 038.532.525-83	
Profissão: <i>Assistente Administrativa</i>	Endereço: <i>Braco do mato</i>		Número: 20	Complemento: <i>Casa</i>
Bairro: <i>Zona Rural</i>	Cidade: <i>Aquidabá</i>	Estado: SE	CEP: 49790-000	Tel.(DDD): (79)99802-7948
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **3399** | Dígito: **4** | CONTA: **17.367** | Dígito: **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: _____

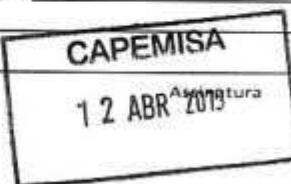
Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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.

MORTE	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <i>Anacaju - SE 11/04/2019</i>	TESTEMUNHAS
	Name: _____	1º Nome: _____	
	CPF: _____	CPF: _____	
		Assinatura	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2º Nome: _____	
<i>Valdilene de Oliveira Rocha</i>		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CAPEMISA	
		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 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.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ

No. DO BE: 639578
CNS:

DATA: 06/11/2018 HORA: 09:42 USUARIO: MDSILVA
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: [] mmHg X 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: / /

Grenze de nos

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: fractura clavicular + luxación

CIP:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Re obs. 9/1 + Re puls. 2/9

CAPEMISA

12 ABR 2019

DATA DA SAÍDA: / /

HORA DA SAIDA: 10:40
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

THE PROBLEMS OF TIME

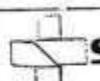
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IMI. [] ANAT. PATO:

Juliana de Oliveira
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ANEXO I



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

HOSPITAL
CIRURGIA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VALDILENE DE OLIVEIRA ROCHA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702006380780182

11 - NOME DA MÃE

VANDILEIDE PEREIRA SANTOS

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

VANDILEIDE PEREIRA SANTOS/MAE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

POVOADO LAGOA DO MATO S/N

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

AQUIDABA

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/04/1987

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

X 3

10 - RAÇA/COR

3059 663

12 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

998027948

14 - FONE DE CONTATO

Nº DO FONE

79

79

19 - CEP

SE 49790000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura de úmero proximal com
avent de metade da oss. ± 19 cm

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fractura de úmero proximal D9422 V230

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedista

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020339

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Luciano Passos Braga

() CNS

() CPF

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

Luciano Passos Braga
Operador Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281810016645-3

Dr. Cattilya Costa
Médica CRM - 4035

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: ___/___/___

Anamnese de neg

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

fratura clavicular + fratura pub

CID:

PRESRICAO

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. PATO

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 Data Emissão: 19.11.2018
 Endereço....: AV: DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 Bairro.: CIRURGIA CEP.....: 49055-170
 Cidade.....: ARACAJU Fone...: (0079) 312-7312/ 311-8817 UF.....: SE

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

Código	Descrição	CF	St	Und	Qtda	Valor Unitario	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/AIEE: /

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
ao porjoso.*
Ricardo

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:

Fox de cima proximal D

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

*Fretum de cima proximal D que
descende de metade*

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

Nega

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

Fox de cima proximal D

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

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

Treatmento 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: SIM () NÃO ()	COLAR CERVICAL: SIM () NÃO ()

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

ACTIVIDADE:			
DEAMBULA:	CADERANTE:	ACAMADO:	OUTROS:

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)
Ex de insuflexion D

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

Treatment cancer

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:	Data:
Carimbo:		Horas:
Horas:		Responsável:
CRL (RECEBIMENTO)		
Data:	Assinatura:	Data:
Carimbo:		Horas:
Horas:		Responsável:
CRL (Autorização)		
Data:	Assinatura:	Data:
Carimbo:		Horas:
Horas:		MR:
		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.



- Tomografia Computadorizada
- Endoscopia Digestiva Alta
- Radioablação Oncológica
- Retossigmoidoscopia
- Colonoscopia

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 fala 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 MUNES JUNIOR
MÉDICO RADIOLÓGISTA
CRM SE 3432 - RQE 2751
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia - CBR.



Grupo de Alta Complexidade LTDA - CNPJ. 10.409.912/0001-75
Av. Desembargador Maynard, 174 - CEP: 29055-530 - Anexo ao Hospital Cirurgia
Tel.: (79) 3211-4040 | admgac@yahoo.com.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

CRURGIA

Data: 12/11/18 Convênio:
Paciente: Adriana Souza Idade:
Internado em: / / Unidade:
Leito: 03

Matriúla:

PROTÓCOLO MEDICO

Item	Prescrição	Distribuição de Horas	Assinatura	Quant.
1	Reposo absoluto	Até noite		
2	Dieta livre	SNUC		
3	Soro fisiológico 1.000 ml E.V. 20 gotas por minuto	500		
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	10		
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	10		
6	Cetoprofeno 100 mgs +100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	10		
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	10		
8	Cuidados gerais.			

Cuidados gerais.

John V. Souza
D. Adriano Souza
Outubro 2018
03

13/11/18

- Crm 1122
- TAU Acrisolipum n. 456 (Têmico na cor) Y
- A190.

Dr. Otton Teixeira
Dr. Otton Teixeira
Onze de Setembro 2003

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

PACIENTE:

VALDINÉS DE OLIVEIRA NO 110

MATRÍCULA:

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

DATA E
HORA:

EVOLUÇÃO

06/11/13 Penteado oblongo com fundo
 (crespo) Fundo de círculo grande
 (crespo) que é o fundo grande
 (crespo) de fundo grande
 (crespo) de fundo grande

Edmundo
 CRM-SE 4008
 Cirurgião-Dentista

IMAGEM CENTRO DIAGNÓSTICO

TC DE: onda 100

Nº REG: 19636

DATA: 19/11/13

REGP. TÉG.: 01

HOSPITAL GIGURIA

8-11-13 R25, Fêmea

(crespo) A.G. 01m -

(crespo) TC em 30 no dia 01

Dr. Gilson Teixeira
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003

9/11/13

(crespo) Crux super p/c exp. da onda 100

Dr. Gilson Teixeira
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003

(crespo) Foi preso

Dr. Paulo Belotti
 Médico
 CRM-SE 4451

10-11-13

R25, Fêmea

(crespo) A.G. 01m -

Gilson Teixeira
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003

11-11-13

R25, Fêmea

(crespo) A.G. 01m - Dr. Gilson Teixeira
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003

12/11

P.D. INMOVILIZADO MAI. (KNUSTED) FRONHA ÚNICA
 PRÓXIMAL DIA, COMUNHADA (N27n IV) E PENA
 DE LUSMAIS ALIAS CORTICAL.



CENTRO TÉCNICO
 CRM-SE 4003

Rx DUBRO tony

Cleo

D. Antônio F. da C.
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM-SE 4003