

# 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





POLÍCIA DE 1974



**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: 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 BARRIO AILTON

CEP: Bairro: Cidade: AQUIDABA 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 prestadas 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: Aquidabã - SE 12/04/2019

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

CAPEMISA

12 ABR 2019

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 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 noz*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura do osso + fratura da*

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

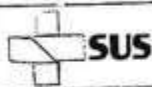
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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 osso proximal do quadril  
acidentado de moto no ± 19 km*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Traumatismo*

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

*Ex de osso proximal do quadril*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## 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)

**281810016645-3**

*Dr. Catyia Costa*  
*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: [ ] RAO 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 1A + 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..... 3222-0250/ 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.: /

Médico..... 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável 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 mato

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 <sub>2</sub>	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	GLUCÊMIA	URÉIA	CREATININA
HEMOGLOBINA	LEUCÓCITOS	POTÁSSIO	USO DE O <sub>2</sub> : 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

VEÍCULO			
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:	

Médico		CRL (RECEBIMENTO)	
Data:	Assinatura:	Data:	Hora:
Hora:	Carimbo:	Responsável:	

Comentários Médico CRL		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



Matrícula:   
 Leito: 03   
 Admissão:   
 Diagnóstico:   
 Data: 07.11.18   
 Hora: 18h   
 FC: 76   
 FR: 19   
 PA:   
 RASS:   
 IMS:   
 MRC:   
 GCS:   
 NC:   
 SpO2:   
 Fluxo:   
 Sens:   
 PAO2/FIO2:   
 Nível 1 / Nível 2 / Nível 3 / Nível 4

EXAME	HORA	RESULTADOS	EXAMES REALIZADOS	CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA	DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
<b>EXAME</b> GASO: pH: PaO2: HCO3: BE: GASO: pH: PaO2: HCO3: BE: RAO X:	<b>HORA</b> 18h	<b>RESULTADOS</b> PCO2: HCO3: BE: PCO2: HCO3: BE: OUTROS:	<b>EXAMES REALIZADOS</b> DESMAIAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PROQ?: ( ) THB ( ) ENM ( ) MRA ( ) TRE VNI (tipo): ( ) TEP ( ) Ex. Resp ( ) Transporte ( ) TMR ( ) Monit ( ) Intub ( ) RPI ( ) Posic ( ) Cuff ( ) MAN ( ) RCP ( ) Extub Motora: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativo ( ) Resistivo ( ) SL ( ) S / ( ) MMII pend ( ) SP ( ) ORT ( ) S / L ( ) ME ( ) DEA Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G / ( ) F ( ) E ( ) MU ( ) S ( ) MS ( ) MP ( ) Am ( ) Esv ( ) Ros	CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:
<b>EXAME</b> GASO: pH: PaO2: HCO3: BE: GASO: pH: PaO2: HCO3: BE: RAO X:	<b>HORA</b> 18h	<b>RESULTADOS</b> PCO2: HCO3: BE: PCO2: HCO3: BE: OUTROS:	<b>EXAMES REALIZADOS</b> DESMAIAME: ( ) S / ( ) D / ( ) P - Horas: ( ) 2 / ( ) 4 / ( ) 6 - FALHOU PROQ?: ( ) THB ( ) ENM ( ) MRA ( ) TRE VNI (tipo): ( ) TEP ( ) Ex. Resp ( ) Transporte ( ) TMR ( ) Monit ( ) Intub ( ) RPI ( ) Posic ( ) Cuff ( ) MAN ( ) RCP ( ) Extub Motora: ( ) Passiva ( ) Ativo-assistida ( ) Ativo ( ) Resistivo ( ) SL ( ) S / ( ) MMII pend ( ) SP ( ) ORT ( ) S / L ( ) ME ( ) DEA Secreção: ( ) P ( ) M ( ) G / ( ) F ( ) E ( ) MU ( ) S ( ) MS ( ) MP ( ) Am ( ) Esv ( ) Ros	CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:	CONDUTAS: FISIOTERAPIA ( ) MOTORA ( ) RESPIRATÓRIA DEMAIS ATENDIMENTOS NO TURNO:



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
"DR. AUGUSTO LEITE"

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA		Distribuição de Horário			União de Enfermagem	
		1º Turno	2º Turno	3º Turno	Quantidade	Observação
1	Repouso absoluto	Atenção				
2	Dieta livre	SND				
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	500				
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	18				
5	Dipirone 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	18				
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs	18				
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	16				
8	Cuidados gerais.					
<p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Antônio S. Lima Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 4003</p>						
13/11/18						
- C.M.A. 100						
- TAVA ALEXANDRE NO HSE (TECNICO MAGNUS)						
- A.199.						
<p>Dr. Gibson Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-SE 4003</p>						
Recebimento da Farmácia: _____ Hora: _____ Funcionário: _____ Entrega na Unidade: _____ Nota: _____						

*[Stamp: COOP. COOPERATIVA DE TRABALHO]*



**MATRÍCULA:**

**CONVENIO:**

EVLUCÃO

Edoardo Bazzani  
Medico  
CRM-SE-5302  
COMP. 1

TC DE: omilwa Ken

Nº REG: 19636

DATA: 19 11 18

RECD TFC

~~HOSPITAL GIRLS~~

Dr. Gilson Torres  
Especialista Traumatología  
CRM-SE 4113

521115 TC FM 30 no answer (2)

Dr. Elson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4003

9/11/15 CC Carga Super p/c expel da CRM-SE 4008 JTC Carg  
CJ Fil. Preses Dr. Paulo Salotti Medico

Dr. Paulo Salotti  
Médico  
CRM 1451

10-11-12 B B G Piri-Lak  
Crumm, J. G. Linn-en

**Gilson Teixeira**  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE 4804

1-11-19	Baby Ransom C. W. M. D.C. - 1st - 100
---------	--

Dr. Gilson Teixeira  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-SE\_4003

12/11 P.O. IMPRINTO MAT. CINCUSUP FRADUA UMNO  
PROKIMOT DIA, COMULUVA (NETH IV) E PIMO  
DE WUSKUSA QMED CORTICAL.

Dr. Antonio E. Saura Arce  
Otorrinolaringólogo  
FON 2008 17507 6822

100

## ASISTENTE TECNICO

2 x OMBB

L. L. W. 10