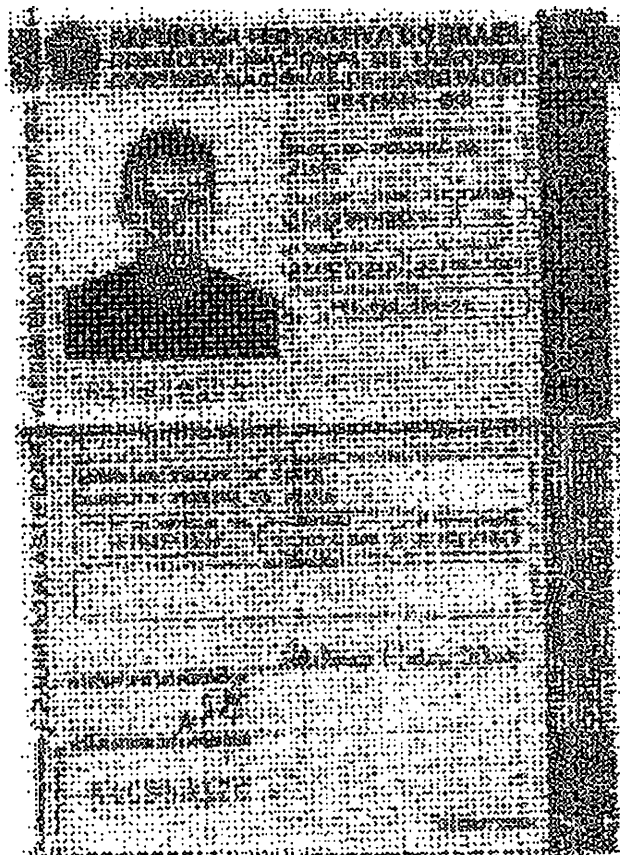


2008-2006



Idelzia S. de Almeida
OAB-GO 9.711

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADELINO PEREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, pintor, portador da C.I. nº 313198, SEJSPTO e CPF nº 963.842.551-20, residente e domiciliado na Rua Ana Maria, Qd. 10 - Lt. 30, Buriti Sereno, nesta Capital.

OUTORGADO: Idelzia Souza de Almeida, brasileira, divorciada, advogada, OAB-GO nº 9.711, CPF nº 278.237.331-53, com atendimento profissional na Av. 85 nº 684, sala 103, Eldorado Center, Setor Oeste, nesta Capital, fone: 062-39413613, onde recebe as comunicações de estilo.

PODERES: a quem confere (m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "AD JUDICIA", em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo praticar todos os atos em direito admitidos, até final decisão, usando os recursos legais, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, assinar termos, inclusive de inventariante, enfim, requerer o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecer com ou sem reserva, valendo-se ainda das cláusulas "para o foro em geral" e "extra" e de todos os poderes do art. 38 do Código de Processo Civil.

Goiânia, 07 de março de 2007.

Adelino Pereira da Silva
ADELINO PEREIRA DA SILVA
CPF nº 963.842.551-20

D E C L A R A Ç Ã O

Declaro que na atual circunstancia estou sem condições de arcar com as despesas de custas processuais e honorários advocatícios, portanto requero os benefícios da Assistência Judiciária com base na Lei 1.060/50.

Por ser verdade firmo a presente declaração.

Goiânia 07 de março de 2008.

Adelino Pereira da Silva.
ADELINO PEREIRA DA SILVA
RG 313198
CPF 963.842.551-20

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE - DPVAT

Obs.: FAVOR, PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU DATILOGRAFADO, COM FIRMA RECONHECIDA DA ASSINATURA DO MÉDICO.

01) Nome da Vítima: ADELINO PEREIRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/07/1930 Sexo: MASC. Profissão: PINTOR

Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____

02) Data do Sinistro: 04/09/2004

03) As Lesões produzidas na vítima são decorrentes de:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO

04) Diagnóstico das lesões produzidas pelo acidente. Especificar com precisão anatômica a sua localização?

FRATURA DE PUNHO BILATERALMENTE
FRATURA EM CARVELLO DIREITO. FRATURA
EM TERÇO PROXIMAL DE UNHA DIREITA.
TRAUMA EM BRÇO FLEXOR DIREITO.
QUEIMADURA EXTENSA EM COXA ESQUERDA.

05) A vítima sofreu alguma seqüela de caráter permanente? Caso a resposta seja afirmativa, especifique-as com riqueza de detalhes.

SIM. PERDA DA FORÇA MUSCULAR
E DOR CRÔNICA EM BRÇO DIREITO.
DIMINUIÇÃO DA FACILIDADE E FORÇA EM
MÃO ESQUERDA.

06) Em virtude desta(s) seqüela(s), a vítima teve reduzida a resistência de seu vigor físico ou dificuldade para exercer suas ocupações laborativas ou habituais, que exija o emprego do(s) órgão(s) afetado(s)?

SIM. APRESENTA DOR NOS MEMBROS
EM AMBOS OS BRÇOS COM LIMITAÇÃO
DE MOVIMENTOS.

07) Aqui, faça as observações que julgar necessárias.

APRESENTA CICATRIZES SEM EVIDEN
TES EM PUNHO BILATERALMENTE. COLACA
ÇÃO DE PUNHO E FLEXORES ÚBROS. EXTENSA
QUEIMADURA (CICATRIZ) EM COXA ESQUERDA.

Nome e CRM do Médico: ANTONIO WALTER ROCHA MARINHO

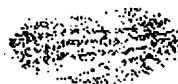
Endereço profissional: AV. MARCO GROSSO Nº 12 - CAMPINAS

Assinatura: _____

Local e data: GOIANIA 07 de FEVEREIRO de 2008



SES
SECRETARIA
DA SAÚDE



GOIÁS

Fazendo cada vez mais

Hospital de Urgências de Goiânia

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos para os devidos fins que após análise em nossos arquivos e no prontuário médico, constatamos que o **paciente, ADELINO PEREIRA DA SILVA**, foi admitido neste Nosocômio no dia 04/09/2004, apresentando: fratura de punho e umero.

Sendo submetida ao seguinte tratamentos: radiografia, imobilizado e encaminhado com AIH (autorização de internação hospitalar) para tratamento especializado.

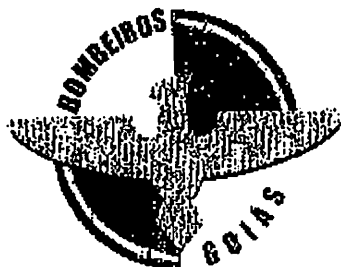
Por ser verdade firmamos a presente em duas vias de igual teor e forma.

Gerência Médica, aos vinte e dois dias do mês de Janeiro de dois mil e oito.

ATENCIOSAMENTE

Dr. Antonio Francisco G. Macques
Chefe Div. Pronto Atendimento
CRM - Go 5349

Av. 31 de março, esq. C/5º Radial, s/n Setor Pedro Ludovico - Goiânia/Goiás
Fone: (082) 3201-4322 - 3201-4429



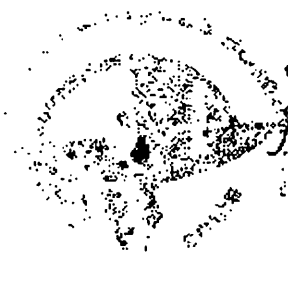
Estado de Goiás
Secretaria da Segurança Pública e Justiça
Corpo de Bombeiro Militar- Centro de Operações

OCORRENCIA NUMERO 182116 - COB2

PENDENCIA ...: NORMAL ORIGEM: TELEFONE NR: (0)
SOLICITANTE...: MARCOS SILVA
DATA DO FATO.: 03/09/2004, AS 18:00
REGISTRO EM .: 03/09/2004, AS 18:01 POR : LUCAS MADALENO RODRIGUES
CLASSIFICACAO: SOCORRO DE EMERGENCIA
ENDEREÇO.....: GO 040 JARDIM ITAIPU
 QD: LT: POSTO CARAJAS GOIANIA - GO
SOCORRER PESSOA VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO.
RECURSO USA-3 :

PE-1: ADELINO PEREIRA DA SILVA RG. 313198-GO
END.: RUA DOS CONARIOS ST. MORADA DOS PASSAROS

DESCRIÇÃO DO FATO:
VITIMA D EACIDENTE DE TRANSITO, FOI ENCONRADO EM DVII COM TCE E SINAIS DE FRATURA EM PUNHO E UMIERO DIREITO, MIDRIASE DIREITA. APOS PROCEDIMENTO FOI TRANSPORTADO AO HUGO. NÃO FOI POSSIVEL COLHER DADOS DOS VIECULOS ENVOLVIDOS POIS A VITIMA ESTAVA MUITO GRAVE.


Bm
Bu e com
Bm: 2072

SÍNTESE

SÍNTESE - Comercial Hospitalar Ltda.

P 411 - SETOR AEROPORTO - FONE: (62) 212-3015 - FAX: (62) 229-4720
CEP 74075-250 - GOIÂNIA - GOIÁS - sintese.go@sintesebr.com

NOTA FISCAL FATURA

☒ SAÍDA ☐ ENTRADA

Nº

087057

SÉRIE 1

CNPJ

24.801.201/0001-55

INSCRIÇÃO ESTADUAL

10.186.016-1

4ª VIA
FISCO
EMITENTE

DATA EMISSÃO 13/09/2004

DATA SAÍDA/ENTRADA 13/09/2004

HORA DA SAÍDA 15:26

C.A.O.P.

5102

RISC. EST. SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ/CPF

01.619.790/0001-50

BAIRRO/DISTRITO

CEP

AMPILIANO DO NASCIMENTO

74600-000

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

150110

FONE/FAX

(062) 254 3800

GO

DEBENTURAMENTO DAS DUPLICATAS

NÚMERO

QUANTIDADE

VENCIMENTO

VALOR

087057/1-1

50/10/2004

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

CODIGO CNPQ

UNID.

QTD

VALOR UNITARIO

VALOR TOTAL

UNID.

ELABOR. EXTERNO PARA PUNHO

93399116

000

01

1,00

390,00

390,00

0

SANTA

Recebi.

CONSIGNADO

ESTOQUE

Pedido nr.

PELO CONV. CNPQ N. 01/99-CONFAT, PRORROGADO
N. 10/2004 CONFAT 08/04/04 Publ. DOU N. 1/2004

QUANTIDADE	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
00	0,00	0,00	0,00	390,00
TE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DZ. NOTA
00	0,00	0,00	0,00	390,00

MOD. TRANSPORTAÇÃO		FRETE P/ CONTA		PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOME/RAZÃO SOCIAL		1 - EMISSOR				
		2 - DESTINAT.				
ENDEREÇO					UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ESPÉCIE	MARKA	NÚMERO	PESO ÚTIL		PESO LÍQUIDO	
			0,000		0,000	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

WILLIAM PEREIRA DA SILVA
13/09/2004
R. VICTORINO (ZAR)
SUS
INTERLOCUTOR DA ESCALADA-UNIFESP

RESERVADO AO FISCO

458247

Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO

087057

Nota Lida, Rec. 06.135, 05/07/04, 75 Q 07 Vila Santa Ana, de Goiânia (GO) Tel: (62) 2007-7070 Fax: (62) 2007-7077 CNPJ 06.141.866/0001-59 Inscr. Est. 10.502.640-4 - 5.000.000,00 de 000,00 de 000,00 Nota Fiscal Fatura 390-3 de 06/07/2004 (Data Limite P/Emissão 06/07/2004)

SÍNTESE COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL FATURA, INDICADA AO LAÇO

8/04

W. F. K. K. K.

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NOTA FISCAL FATURA

Nº 087057

SÉRIE 1

SÍNTESE

SÍNTESE - Comercial Hospitalar Ltda.
 SETOR AEROPORTO - FONE: (62) 212-5015 - FAX: (62) 229-4720
 74075-250 - GOIÂNIA - GOIÁS - sintese.go@sintesebr.com

NOTA FISCAL FATURA

☒ SAÍDA ☐ ENTRADA

Nº

087054

SÉRIE 1

CPMF 24.801.2000001-66

INSCRIÇÃO ESTADUAL 10.198.016-1

C.F.O.P. 5102

INSC. ECT. SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

CNPJ 01.539.796/0001-50

DATA DA EMISSÃO

13/09/2004

DATA DA RECEITA

13/09/2004

HORA DA SAÍDA

15:31

LA DE GOIÂNIA

BARRIO/DISTRITO

AMERICANO DO BRASIL 74000-000

FONE/FAX

(062) 259-8800

UF

GO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

15810

NUMERO	NUMERO	DATA DA EMISSÃO	VALOR
087054/1-1		30/10/2004	

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	CÓDIGO	UNID.	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL	QUANTIDADE
EST. INTRACOMERCIAL BLOQ. UNICO	93396309	040	UN	1,00	816,00	0
					816,00	

RECEBI. 11/09/04 SANTA CRUZ GOIÂNIA

Pedido nr.

FIO COM. LCHS N. 01/99 CONF. PREROGADO
 02/2004 CONF. 08/04/04 PUBL. BOU N. 1/2004

VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DO ICMS
0,00	0,00	0,00	816,00
VALOR DO SEU	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	

TRANSPORTADOR	FRETE P/ CONTA	PLACA DO VEÍCULO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
NOME / RAZÃO SOCIAL	1 - EMITENTE			
ENDEREÇO	2 - DESTINAT.			
ESPECIE	DATA	NUMERO	PORCENTAGEM	SEU P/ CONTA
			0,00	0,00

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

LINE PERSONA DA SILVA
 39/2006
 RICHARD LIZAL

DIR. EXEC. DESENV. DO UNIC

RESERVADO AO FISCO

Nº DE CONTROLE DO FORMULÁRIO

087054

458247

End: Rod. BR-163, Km 01, 07 Vila Santa Ap. de Goiânia/GO Tel: (62) 3087-7070 Fax: (62) 3087-3077 CNPJ 01.539.796/0001-50 Insc. Est. 10.198.016-1 - 8.000,00 Imp. de Rec. 101 - 000,00 Nota Fiscal Fatura
 de 05/07/2004 (Data Limite Prescrição 05/07/2005)

SE COMERCIAL HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL FATURA, INDICADA AO LADO.

11/06

Lita F. Rodri

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBENTE

NOTA FISCAL FATURA

Nº 087054

SÉRIE 1

SÍNTESE

SÍNTESE - Comercial Hospitalar Ltda.

RUA 9-A Nº 411 - SETOR AEROPORTO - FONE: (62) 212-3015 - FAX: (62) 229-4720
CEP 74075-250 - GOIÂNIA - GOIÁS - sintese.go@sintesebr.com

NOTA FISCAL FATURA

☐ SAÍDA ☐ ENTRADA

Nº

091134
SÉRIE 1

CNPJ
24.801.201/0001-55

INSCRIÇÃO ESTADUAL
10.285.016-1

VIA
FISCO
PACIENTE
DATA LIMITE PARA
EMISSÃO 17/11/2005

NATUREZA DA OPERAÇÃO

C.F.O.F.

INSTR. DE REGISTRO DE VENDA

017 VENDA A PRAZO

5102

CNPJ

DATA DA EMISSÃO

RAZÃO SOCIAL

Bairro/DISTRITO

CNPJ

SANTA CASA MISERICORDIA DE GOIÂNIA

ANEXO DE INSCRIÇÃO

DATA DE EMISSÃO

ENDEREÇO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DATA DE EMISSÃO

42 LANCHINHAS M. 1135

FONE/FAX

GO

15/11/05

07.50

MUNICÍPIO

GOIÂNIA

UF

VALOR
POR
ITEM

390,00 (TREZENTOS E NOVENTA REAIS)

NÚMERO

NÚMERO

VERBA

VALOR

VALOR

091134/H

20/02/2005

390,00

COD DO PRODUTO

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS

CODIGO DE BARRAS

PLANT

SIT. TERC

QUANT

VALOR

VALOR

VALOR TOTAL

VALOR

001.12.8

FIXADOR EXTERNO PARA PUNHO

93399152

040

UM

0,00

390,00

390,00

390,00

MATERIAL
CONSIGNADO

MERCADORIA RECEBIDA
E CONFERIDA

SANTA CASA GOIÂNIA
RECEBI: / /
Rodrigo A. Andrade

ENCARGO CONCEITO DELO COMEÇOS N. 01/00-CONFAZ, PROPOGANDO
IN CONV. ICMS N. 01/2004 CONFAZ PUBL. BOU R. 63 DE 08/04/2004

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	390,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	390,00

EXPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

ENDEREÇO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE	PREÇO	MARCA	NÚMERO	PRODUTO	VALOR
0,00					0,00

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

Nº DE CONTROLE
DO FORMULÁRIO

EMITE: ADM. FIN. PUNHO DA SANTA CASA DE GOIÂNIA
DATA: 23/12/2004
VALOR: R\$ 390,00 (TREZENTOS E NOVENTA REAIS)
MUNICÍPIO: GOIÂNIA
UF: GOIÁS

091134

INDUSTRIA DE FORMULACAOES LTDA: Rod. BR. 158, S/Nº 01, 7º andar, Setor Aeroporto, Goiânia, GOIÁS, CEP: 74075-250. Fone: (62) 212-3015 Fax: (62) 229-4720 CNPJ: 24.801.201/0001-55. E-mail: sintese.go@sintesebr.com
Selo: 1 AIDF nº 03054-0 de 17/11/2004 Data Limite P/ Emissão 17/11/2005

DESCRIÇÃO DE SÍNTESE COMERCIAL HOSPITALAR LTDA, OS PRODUTOS CONSTANTES DESTA NOTA FISCAL FATURA, INDICADA AO LADO.

NOTA FISCAL FATURA

DATA DO RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº
SÉRIE 1



TRAD EQUIPAMENTO HOSPITALAR LTDA.

FONE: (82) 233-5718 - FAX: (82) 292-3146

Rua P-13 nº 118 - Sala 05 - Cid. P78 - Setor das Funcionárias
CEP: 74.543-260 - Goiânia - GO
e-mail: tradhospitalar@terra.com.br

NOTA FISCAL - FATURA
MODELO 1

Nº

005218

SAÍDA

ENTRADA

SÉRIE 3

GRUPO

04.181.869.0001-30

PWA
FROCO
DESTINO

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA PARA FIM DE COMERCIALIZAÇÃO

CFOP
310

WSC. ESTADUAL DO SUBSTITUTO TRIBUTÁRIO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

10.333.980-9

DATA LIMITE PARA
EMISSÃO: 29/01/2009

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

UNIVERSIDADE DE GOIÁS

ENDEREÇO

AV. ANTONIO CARLOS LUIZ

MUNICÍPIO

GOIÂNIA

FONE/FAX

(82) 233-5718

BAIRRO/DISTRITO

Setor das Funcionárias

UF

GO

CNPJ / CPF

04.181.869.0001-30

DATA DA EMISSÃO

29/01/2009

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

29/01/2009

HORA DA SAÍDA

10:00

FATURA

NÚMERO	VALOR	VENCIMENTO	NÚMERO	VALOR	VENCIMENTO	NÚMERO	VALOR	VENCIMENTO
001	10.333,98	29/01/2009	002	0,00		003	0,00	

DADOS DO PRODUTO

CÓDIGO DOS PRODUTOS	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	SIT. TRIBUT.	QUANT.	DIÁRIA	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	ANO ICMS
001	Material de consumo	2	10	1,00	10,00	10,00	2009

MERCADORIA RECEBIDA
E CONFERIDA

MATERIAL
CONSIGNADO

21 09 04

CÁLCULO DO IMPOSTO

SE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	10,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	ENDEREÇO	FRETE POR CONTA 1 - EMITENTE 2 - DESTINATÁRIO	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
UNIVERSIDADE DE GOIÁS	AV. ANTONIO CARLOS LUIZ	2		GO	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
10	Material de consumo				

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVAÇÃO AO FISCO
Material de consumo para uso administrativo	

Valmota

Nº DE CONTROLE
DO FORMULÁRIO
005218

CEB(ENOS) DE TRAD EQUIPAMENTO HOSPITALAR LTDA. OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL FATURA MOD. 1 SÉRIE 3 INDICADA AO LADO.

DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	NOTA FISCAL - FATURA Modelo 1 - Série 3
21 09 04		Nº 005218

Real Unip. de Formulários Ltda. - Rua Marconi 444 - Qd. 58 Lj. 50 - Jardim Lur - Av. de Goiânia - Goiânia - GO - CEP: 74.543-260 - Fone: (82) 233-5718 - Fax: (82) 292-3146 - E-mail: tradhospitalar@terra.com.br

MINISTERIO DA SAUDE - SISTEMA UNICO DE SAUDE
AUTOMATIZACAO DE INTERMACAO HOSPITALAR - DADOS DO FRONTEIRARIO PARA COBRANCA
VERSÃO : 1.0.21 ULT. ATUAL. : 25/04/2005 VERSÃO DAS TABELAS : 1.3
GRUPO EMISSOR : 0050315 APRESENTACAO : 05/2005 OCOR : 00505137 CODIGO : 1470211
***** ESQUEMA DE ACH - DESTAQUE *****

----- DADOS DE IDENTIFICACAO DO HOSPITAL -----
RACAO SOCIAL : SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA CGL : 01.619.790/0001-50
CPF DO DIRETOR CLINICO: 371.327.921-72

----- DADOS DE IDENTIFICACAO DO PACIENTE -----
NOME : ADELINO PEREIRA DA SILVA QI NASC : 19/07/1960 Sexo : M
RESIDENCIA : VINHATICOS GO.10 LT.07 CEP : 74983-733
MUNIC. / UF: APARECIDA DE GOIANIA GO CGL PAC.: 005003131-5E
NOME RESP.: ADELINO PEREIRA DA SILVA
NACIONAL.: 10
MUNIC.ORIGEM PACIENTE: 520140 APARECIDA DE GOIANIA - GO

----- DADOS DA INTERMACAO -----
AID ID. FRONT. DATA DE EMISSAO ESPECIALIDADE ENFERMAGEM LEITO
295031735-4 1 0454203 13/04/2005 Cirurgia 7 0442

CPF MEDICO SOLIC. PROCEDIMENTO SOLIC. CARATER DA INTERMACAO CPF MEDICO RESPONSÁVEL
042.814.588-40 39.019.08-0 05 042.814.588-40

R. C.A.T. CSC EMPRESADORA PROXIMA AID

----- DIAS DE UTI -----
DIAZADA PROCEDIMENTO CPF DO MEDICO
ADUPLANTE REALIZADO ADUPLOR
39.019.08-0 042.814.588-40
DATA INTERMACAO DATA SAIDA DIAS. PRINCIPAL DIAS. SECUNDARIO MOTIVO COBRANCA
13/04/2005 14/04/2005 0541 12

----- PROCEDIMENTOS ESPECIAIS -----

----- Valores da AID -----
GR : 311,55 SF : 105,73 SADI: 11,65 RR : 0,00 BPM : 0,00 R CIVIL: 0,00
UTI : 0,00 Acup: 0,00 Sang: 0,00 analg: 44,45 Uti Esp: 0,00 IF SIV/SPV: 0,00
Neuro: 0,00 Ecop: 0,00 Transp: 0,00 Nutri: 0,00 Notif: 0,00
Total: 471,30

----- ATOS MEDICOS -----

TP CSC/CPF PROF. ATQ PROF TP ATQ QTD ATQ NF : TP CGL/CPF PROF ATQ PROF TP ATQ QTD ATQ NF
1- 07 00004281458840 39019080 01 01 : 2- 05 01411347000190 39019080 05 01
3- 07 00049120859155 39019080 02 01

NÚMERO DE ENCLAVES NÚMERO DE SAIDAS
VIVOS : 0 ALTAS : 0
MORTOS : 0 TRANSF.: 0
QUITOS : 0

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Marcelo Pinto do Carmo
Diretor do Hospital

Conforme com a Portaria S.A.S. No. 42, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário.

PRESCRIÇÃO MÉDICA



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE COLÔNIA



UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

CONVÊNIO: 503

Nome
Médico:

Nome
Paciente:

ADRIANA D. SILVA

DATA: 14/04/05

LEITO: 31

REG.

Nº 1130716

Rua Comendador nº 1.125 - St. Américo de Brasil - CEP: 73160-240 - Goiânia - Goiás - Fone: (62) 254-1009

CÓDIGO	QTD.	UN.	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	Material / Consumo		CÓDIGO	EVOLUÇÃO MÉDICA
					Produtos	Quant.		
					Abocat			
					Água Dest.	ml		
					Aguilha 26x7			
					Aguilha 25x8			
					Aguilha 40x12			
					Bolsa Colostomia			
					Cateter p 02			
					Coletor Aberto			
					Coletor Urina Fach			
					Copo Desc. 50 ml			
					Equipos			
					Gazes 7,5 x 7,5			
					Jontex			
					Lâmina Gilete			
					Luva			
					S. Foley 2v Nº			
					S. Retal Nº			
					S. Uretral Nº			
					S. NSG Nº			
					Scalp			
					Seringa Desc. 3ml			
					Seringa Desc. 5ml			
					Seringa Desc. 10ml			
					Seringa Desc. 20 ml			
					Seringa Insulina			
					Soro fisiol. 125 ml			

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORAS	PA	P	T	R
10				
16				
22				
4				

DIURESE

HORAS	QUANTIDADE
2	
8	
4	
6	
TOTAL	

6.00. PTO CONSECUTIVE, VENDO BUCARDO, FEE

[illegible]



SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE GOIÂNIA



UNIVERSIDADE
Católica
DE GOIÁS

Rua Campinas nº 1.135 - St. Americano do Brasil - CEP: 74530-240 - Goiânia - Goiás - Fone: (62) 254-4000

ALTA

Aviso de alta hosp. às _____ horas.

Data: 14 / 04 / 05

Nome do Paciente: Adelino Pereira da Silva

Prontuário: 454283

Convênio: Sus

Leito: 931

Posto: 10

Médico: Laivalma

CRM: _____

Especialidade

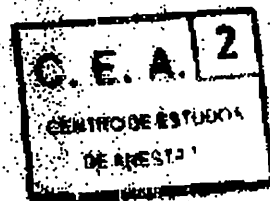
Adelino Pereira da Silva

Assinatura de Quem Fez o Aviso



COOPĂNEST-GO

COOPANES-1-GO
COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DE GOIÁS LTDA.
CNPJ(MF) 01.411.347/0001-90 / AF INCR 133774
Rua 14 nº 290 - Jardim Goiás - CEP 74810-180 - Goiânia - GO
Fone: (62) 281-3555 - Fax: (62) 281-6123 - E-mail: copanes1@terra.com.br



COMPROVANTE DE ANESTESIA

CONVÊNIO:	SUS	SENHA:	
HOSPITAL:	SANTA CASA	MAT/REG:	
PACIENTE:	ADELINO PEREIRA DA SILVA	CIDADE:	GOVANIA
SEGURO:			
CIRURGIÃO:	DR. RICARDO J. A. M.		
☐ NOTURNO	☐ SÁBADO	☐ DOMINGO/FERIADO	
INÍCIO:	1800	TERM:	1802
DUR:	1h		

[illegible]

2ª Via - Papete Hospital
CARIMBO

Dr. Jerônimo Luiz Ferrari Figueiredo
CRM-GO 5724 Insc. Mun. 91.639-0
CPF: 250.982.211-49

DATA 13 104105

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA
(Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso)

Nome do Paciente: **DELIAS KELLY DA SILVA**
Diagnóstico: **Atrofia esofágica - (Nº 1107709)**
Operação: **Tratamento por dilatação esofágica (Nº 1107709)**

N. DA GUI: **454-283**
REG. **454-283**
CÓDIGO CID: **57.15**
CÓDIGO SSN: **18.35**

CIRURGIA
1. Pac. 4. Simult.
2. Média 5. Mult.
3. Grande 6. Especial
7. Prime. e Secundário

Início: **18:45** Término: **18:35** Duração: **10**

Dia: **13** Mês: **04** Ano: **05**

ANESTESIA
☐ Geral ☐ Local ☐ Outros

Início: **18:45** Término: **18:35**

minutos total: **10** minutos de gases: **0**

MEDICAMENTOS DE SALA	Tipo	Quant.	Código	MEDICAMENTOS DE SALA	Tipo	Quant.	Código	Cat Gut Cromado	Unid		
Adrenalina 1:1000	amp			Soro Ringier clorato 500 ml	fr			Serlix Simplex	unid		
Alfatesin	amp			Syntocinon	amp			Serlix Cromado	unid		
Alferina	amp			Thionembutil 500mg - f.0 g	fr	2.5		Solutak	unid		
Atropina 0,5 mg	amp			Xilocaina % Staden	fr			Mononylon 4-0	unid	01	
Bicarbonato de Sódio	fr			Xilocaina % Cladren	fr			Atadura de Crepon Cm 10	unid	01	
Biotol 1,0 g	fr			Xilocaina Pesada 5%				Atadura Gessada 10 Cm	unid		
Dommonid	amp							Atadura Gessada 20 Cm	unid		
Cedilanida	amp							Fio de Kirshner	unid		
Decadron 2,0 mg	amp							Fio de Rush	unid		
Diempax 10 mg	amp							Fio Steinmann	unid		
Dolanbina	amp							Haste de Kortscher	unid		
Doperidol	ml							Parafuso de Meller	unid		
Fentanil	ml							Placa de Muker	unid		
Fluorid	amp							Prego Placa do Smith Petherson	unid		
Flisobocrid 500 mg - f.0 gr	fr							Esparrucupo	unid	10	
Fluothane	ml							Povidone	unid		
Glicosa hipert %								Água Oxigenada	unid		
Haemazel	fr							Éter	unid		
Inoval	ml							Álcool Iodado	unid		
Lazix	amp							Água destilada	unid		
Liquorine	ml							Aguilha descartável 25 x 0,25 x 7	unid	05	
Marcelina % Staden	fr							Escarpos Abscorte 20	unid	02	
Marcelina % Cladren	fr							Aguilhas 40 x 12	unid	01	
Mamtol 20%	fr							Coletor Sistema Fechado			
Methergin	amp										
Methiodate	ml										
Mercurel Cromo	ml										
Neofina	amp										
Nitroglicerina 0,5	ml										
Hydrocortisona 100	ml										
Passil	amp										
Prothylene	amp										
Quemilacida 1,0 g 500mg	fr										
Quelcin mg	fr										
Ritidaz mg	amp										
Decadron mg	amp										
Soro Glicosado ml	fr										
Soro Fisológico 500 ml	fr										
Soro Ringier 500 ml	fr	01									

ORIENTAÇÃO: LER O BOLETIN DE ANESTESIA E CIRURGIA

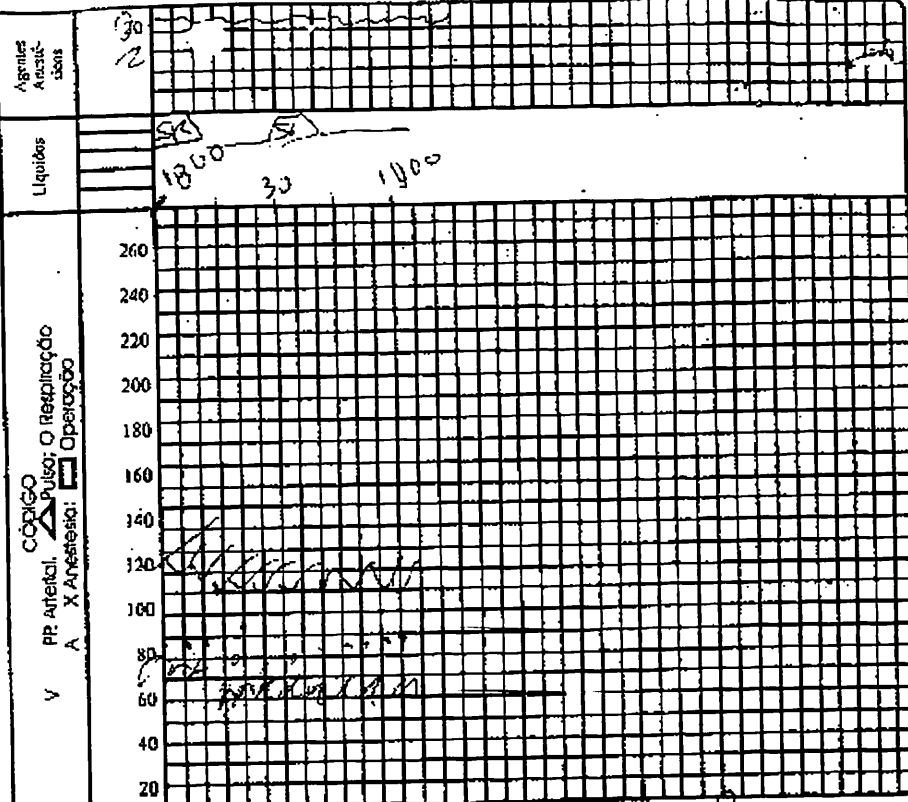
RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS) ANESTESIA

1) Anest. 001 41 1200

4) Anest. 001 41 1200

37) Anest. 001 41 1200

4) Anest. 001 41 1200



Relatar as causas que justificarem a longa duração da operação, da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

Blowdown do Bloco Cirúrgico - Técnica
 Anestesia inalatória. Injetado
 30 ml de Propofol 0,337 g/ml
 Sedação. Dormindo + amnésia
 25 ml + 0,2 ml

Data: 13/04/05

Cirurgião
 Ass. e Carimbo do Cirurgião

1º Auxiliar
 Ass. e Carimbo

2º Auxiliar
 Ass. e Carimbo

3º Auxiliar
 Ass. e Carimbo

Data: 13/04/05

Dr. Jerônimo Luiz Ferrari Figueiredo
 CRM 6746
 Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM

PRESCRIÇÃO MÉDICA



**SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE GOIÂNIA**

CONVÊNIO: SUS Nome Médico: Adelino Pereira do Silva
 Nome Paciente: Adelino Pereira do Silva
 DATA: 15/08/95 LEITO: 931 REG: 454233

Nº 1062640

CÓDIGO	QTD.	UN.	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	Material / Consumo		CÓDIGO	EVOLUÇÃO MÉDICA
					Produtos	Quant.		
					Abocat			
			be - q. t. m.:		Água Dest. ml			Data: <u>13/04/95</u> Reg: <u>454233</u>
					Aguilha 25x7			Convênio <u>SUS</u> ASO: <u>1</u>
			o. l. m. p. p. p. p. p.		Aguilha 25x8			Inicio de Anestesia: <u>18:00</u>
					Aguilha 40x12			Atividade: <u>Diagnóstico de D. R. S. L. m. p.</u>
					Bolsa Colostomia			Atividade de Farmácia: <u>18:00</u>
					Cateter p 02			Atividade de Cirurgia: <u>18:00</u>
					Coletor Aberto			Cirurgia: <u>p. c. m. d. d. r. s. l. m. p.</u>
					Coletor Urina Fech			Cirurgia de: <u>R. S. L. m. p.</u>
					Copo Desc. 50 ml			Atividade de Cirurgia: <u>18:00</u>
					Equipo			Atividade de Anestesia: <u>18:00</u>
					Gazes 7,5 x 7,5			Encaminhado A: <u>18:00</u>
					Jontex			Cirurgia: <u>18:00</u>
					Lâmina Gilete			
					Luva			
					S. Foley 2v Nº.....			
					S. Retal Nº.....			
					S. Uretral Nº.....			
					S. NSG Nº.....			
					Scalp			
					Seringa Desc. 3ml			
					Seringa Desc. 5ml			
					Seringa Desc. 10ml			
					Seringa Desc. 20ml			
					Seringa Insulina			
					Soro fisiol. 125ml			

50705

USUARIO: 45230 DATA DO ATENDIMENTO: 13/04/2005

FICHA DE INTERNAÇÃO - ANAMNESE DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 666358
Requisito: 454283
Enfermaria: ENF 63
Convênio: 51H - SUS
Médico: 6530 - RICARDO ANTONIO IZAAC
Nascimento: 19/07/1980
Estado Civil: Casado
Identidade: 313198
Nome da Mãe: DORALICE PEREIRA DA SILVA
Nome do Pai: ALBERTINO FELIPE DA SILVA
Endereço: VINHATICOS, RESIDENCIAL CAPAIBAS
Bairro: 2D.10 LT.07
Complemento: 9984-0489 // 281,1981
Telefone: 74983733
Estado: GO
Cep: 39019080
Procedimento: 39019080

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO

Portador de C.I. grau de parentesco

AUTORIZO, o corpo clínico da SANTA CASA DE MISERICORDIA, a realizar todo e qualquer tipo de tratamento necessário, clínico, internado neste hospital, e, ou cirúrgico na pessoa de

em 13/04/2005. Tomei conhecimento das indicações e riscos da cirurgia, bem como dos riscos anestésicos ou tratamento clínico e procedimentos médicos, após explanação detalhada pelos médicos assistentes. Declaro ainda estar de pleno acordo com a realização do tratamento proposto, bem como a realização de exames complementares que foram indicados. Tomei conhecimento também das normas do hospital e daquele cliente de que após alta médica, a ausência do paciente em permanecer no hospital ou a escusa da família em buscar-lo, acarretará a cobrança de diárias e demais taxas adicionais, conforme tabela particular da instituição.

Assino a presente autorização por estar cliente e de acordo, assinando a presente autorização.

Assinatura do Responsável: *Adelino Pereira da Silva*

SUMÁRIO DA ALTA

Permanência por: 21- Caracter. Proprias de Doença

22- Intencional

23- Motivo Social

24- Doença Crônica

25- Impos. Conv. Soc. Familiar

41- Obito - 48h

42- Obito + 48h

19- Alta para trat. Ambulatorial

18- Exame

17- Disciplina

16- Administrativa

15- Re-Internado/Diag.

14- Pedido

13- Inaliterado

12- Melhorado

11- Curado

Altas por:

Transferência por:

31- Psicologia

32- Psiquiatria

33- Cl. Médica

34- Cirurgia

35- Obstetrícia

36- Berçário

37- Pediatría

38- Isolamento

39- Outros

Médico Responsável: *Adelino Pereira da Silva* CRM: 65235

Diagnóstico Provisorio:

Entrada: 13/04/2005 Horas: 10:04 Saída: 14/04/2005 Horas:

NOME: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA
UNIDADE: 01.619.790/0001-50
CÓDIGO / CNPJ

NOME DO PACIENTE: Roberto Pereira da Silva
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Vinte e Nove de Abril, 07, Boa Vista, 13040-000, Goiânia, GO
MUNICÍPIO: Goiânia
DATA DE NASCIMENTO: 21/08/73 SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO
CONDIÇÃO: ☐ NÃO SEGURO ☐ SEGURO ☐ CONJUGE ☐ FILHO ☐ OUTRO QUA
CNPJ DA EMPRESA: 01.619.790/0001-50

NOME DO SEGURO: Roberto Pereira da Silva
VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ NÃO SEGURO ☐ SEGURO ☐ CONJUGE ☐ FILHO ☐ OUTRO QUA
CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL: 04281438440
CPF DO MÉDICO RESPONSÁVEL: 04281438440
CNPJ DA SEGURADORA: 01.619.790/0001-50
SÉRIE: 01

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Febre, tosse, dor no peito, dificuldade para respirar, cansaço, perda de peso.
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: Exame de urina: normal. Exame de sangue: normal. Radiografia de tórax: normal.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Infecção respiratória aguda.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Infecção respiratória aguda
PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exame de urina, exame de sangue, radiografia de tórax.
CLÍNICA: ☐ CLÍNICA ☐ OBSTÉTRICA ☐ CLIMÉDICA ☐ OUTRAS
SERIE: 01

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Roberto Pereira da Silva
CRM: 01.619.790/0001-50
DATA: 01/01/01

DE ACORDO COM O PORTAL DO SUS, NO DIA 02/07/2005, FORA REALIZADO O EXAME DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE.

[Handwritten signature]
Médico Titular da Clínica

VALORES DE REFERÊNCIA		VALORES DE REFERÊNCIA	
UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
1.0 - Glicose em jejum	70-100 mg/dL	1.0 - Glicose em jejum	70-100 mg/dL
2.0 - Glicose pós-prandial	< 140 mg/dL	2.0 - Glicose pós-prandial	< 140 mg/dL
3.0 - Hemoglobina glicada	< 5,7%	3.0 - Hemoglobina glicada	< 5,7%
4.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	4.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
5.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	5.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA		VALORES DE REFERÊNCIA	
UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
6.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	6.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
7.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	7.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
8.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	8.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
9.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	9.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL

[Handwritten signature]
Médico Titular da Clínica

VALORES DE REFERÊNCIA		VALORES DE REFERÊNCIA	
UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
10.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	10.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
11.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	11.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
12.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	12.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
13.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	13.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
14.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	14.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA		VALORES DE REFERÊNCIA	
UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR
15.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	15.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
16.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	16.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
17.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	17.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
18.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	18.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL
19.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL	19.0 - Teste de tolerância à glicose	< 140 mg/dL

EXAME DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE REALIZADO EM 02/07/2005. O EXAME FOI REALIZADO DE ACORDO COM O PORTAL DO SUS. O RESULTADO DO EXAME FOI O SEGUINTE:

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
 () DIÁRIA DE UTI
 () VACINA ANTI RH
 () USO DE PRÓTESE, ÓRTESE
 () USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
 () USO DE OXIGENADORES

27/1.283

SPADE 15

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA

CGC: 01619790/0001-50

PACIENTE: Carla Maria da Silva FORNECEDOR: SIDISIA

PROCEDIMENTO ANTERIOR USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 39.009.092

MÉDICO SOLICITANTE: Muellos CRM 6730 CPF 0468197889

JUSTIFICATIVA / DESCRIÇÃO

QT

CÓDIGO

for utilização de Tênis para o tratamento de fratura de osso da perna e do pé

tratamento ortopédico

o tratamento ortopédico para a lesão

Dr. Ricardo Antonio Izac
 Unimed - 140006530-3
 Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO SOLICITANTE

Muellos - 6730

AUDITOR:

DATA: 29/12/04

ASSINATURA - CPF

Dr. Muellos Vaz

[Handwritten signature]



**SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA
DE GOIÂNIA**

ALTA

Aviso de alta às 10 horas.

Data: 24 / 12 / 04

Nome do Paciente: Adelina Pereira Silva

Prontuário: 454283 Convênio: SUS

Leito: 909 Posto: médico

Médico: Ricardo Isaac

CRM: _____ Especialidade atopédica

E. Paulo * Zilda Santo
Assinatura de Quem Fez o Aviso

32

PRESCRIÇÃO MÉDICA

 SSVP CONSELHO SUPERIOR DE SAÚDE DO ESTADO DE GOIÁS			 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA Rua Compaixão nº 1.115 - St. Américo de Fátima - CEP: 74.130-260 - Goiânia - Goiás - Fone: (62) 254-3000			 Católica UNICATÓLICA			CONVÊNIO: <u>SUS</u>		Nome Médico: <u>Dr. Ricardo</u>		Nº 1089316	
Nome Paciente: <u>Adelino Pereira da Silva</u>			DATA: <u>24/12/04</u>		LEITO: <u>909</u>		REG. <u>454-283</u>							
CÓDIGO	QTD.	UN.	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	Material / Consumo		CÓDIGO	EVOLUÇÃO MÉDICA						
						Produtos								
						Quant.								
						Abocat								
						Água Dest.....ml								
			01 dia ps - qtd:			Aguilha 25x7			01 dia ps - qtd:					
						Aguilha 25x8								
			atq. físt. ps. stoma			Aguilha 40x12								
						Bolsa Colostomia			físt. em ps. stoma ps.					
			ps - qtd.			Cateter p 02								
						Coletor Aberto			mobility: atq. físt. -					
						Coletor Urina: Fech			adito atq. físt. -					
						Copo Desc. 50 ml			ps - qtd. - atq. físt. -					
						Equipo			intest. físt. - atq. físt. -					
						Gazes 7,5 x 7,5			atq. físt. -					
						Jontex								
						Lâmina Gilote								
						Luva								
						S. Foley 2v Nº....								
						S. Retal Nº....								
						S. Uretral Nº....								
						S. NSG Nº....								
						Scalp								
						Seringa Desc. 3ml								
						Seringa Desc. 5ml								
						Seringa Desc. 10ml								
						Seringa Desc. 20ml								
						Seringa Insulina								
						Soro fisiol. 125ml								

Dr. Ricardo Antonio Isaac
 Ortopedia e Traumatologia
 UNICATÓLICA - 254-3003

Dr. Ricardo Antonio Isaac
 Ortopedia e Traumatologia
 UNICATÓLICA - 254-3003

XAMES DE PAZOS - X
 Dr. Ricardo Antonio Isaac

Assinatura: Amato
 Data: 24/12/04