

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANALI MARIA COSME DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000000001292-0

Nr. da Autenticação B649EFD9357FC066

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANALI MARIA COSME DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02471-6

CONTA: 000000001292-0

Nr. da Autenticação CC0528A58130133D

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: 22/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMIAO DE JESUS NUNES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00612-2

CONTA: 000010016132-4

Nr. da Autenticação 8F7937B214C5638D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190305252 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMIAO DE JESUS NUNES **Data do acidente:** 28/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (LUXAÇÃO DE GALEZZI).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1/24_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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190275345 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANALI MARIA COSME DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA SUPRA CONDILIANA DO ÚMERO À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDO (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, OUTRA NA FACE LATERAL, ÚMERO COM AUMENTO DO VOLUME NA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL (CALO ÓSSEO, EDEMA E MATERIAL DE SÍNTESE), COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, POR DESUSO DECORRENTE DA NEUROPRAXIA, DOR NO BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, MÃO, DEDOS EM FLEXÃO (GARRA). AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO COTOVELO: EXTENSÃO 55° / FLEXÃO 90°
A PERICIADA REFERE PARESTESIA E DOR NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DOMINGOS DE SAUS KUNIS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPLENDO COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA
UNILATERAL DA PIA DO RABDO
REPERCUTINDO TRAT. CIRÚRGICO
CONTINUAMENTE TRATADO CONDU-
LINDO EM 7 DIA DE RAB-
BILIDADE

CID: S55.20

Dr. Antonio B. Lora Aze
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TECT 0024

Ass.: 30/04/19

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200

INVESTPREV

03 MAI 2019



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência à Saúde

Nº DE
INSC.

88.010

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Jonas de Jesus

DATA:

28.01.19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/95

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI:

MÃE: Maria de Jesus

ENDEREÇO:

Av. Loggia de D. Antão

REFERÊNCIA: p. M. L. M.

PROFISSÃO:

Agricultor

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐
CARDIOPATIA ☐
DIABETES ☐
EPILEPSIA ☐

HISTÓRIAS
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

28.01.19

PA: 140 x 80 - 14

paciente com quadro de hipertensão arterial sistólica (HAS) grau I, em uso de medicação anti-hipertensiva (atenolol 50mg/dia) há 05/anos. Relato de sintomas de dor no peito, náusea e vômito, associados ao quadro de HAS, há 02 dias. Relato de dor no peito, náusea e vômito, associados ao quadro de HAS, há 02 dias.

Assinatura do Médico
Cristina Maria de Lencastre
CRM: 35.285

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 617894 DATA: 28/01/2019 HORA: 12:59 USUARIO: AGTOLIVEIRA
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DAMIAO DE JESUS NUNES DOC...: 203989
IDADE.....: 43 ANOS NASC: 10/07/1975 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: SITIOS NOVOS NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
NOME PAI/MAE...: NAO COSNTA /MARIA DE JESUS NUNES
RESPONSAVEL...: A IRMA TEL...: NAO INFORM
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE OU
ATENDIMENTO...: OUTROS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

Press [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: ___/___/___

*colica mto - mto - ha 6h. com febre e luxacao
fiz uso de medicao no posto de atendimento MSD.*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Falmo + W. + W. MSD*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC:

enc. ao atendimento

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :

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

Fernando de Jesus Nunes
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

[assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra de Vasconcelos
Téc. Radiologia Médica
CRTR 0053

SUS

Sistema
Unico de
SaudeMinisterio
da SaudeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC ☐ 1 FEM ☐ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD 14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

16 - SOC

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fora risco de morte de ferida
Oferto fraturas reconstruídas.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Assado

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

24 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fora risco de morte de ferida

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

CNS

CPF

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SGN

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAS DA EMPRESA

45 - CBO

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

RESEMPREGADO

APOSENTADO

INAPTO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ORDEM EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

50 - DOCUMENTO

CNS

CPF

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

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

incompleto 21032014

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2. CNES
3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4. CNES
5. Nº DO PRONTUÁRIO
Identificação do Paciente
6. NOME DO PACIENTE
7. CENTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8. DATA DE NASCIMENTO
9. SEXO
10. RAÇA / COR
11. NOME DA MÃE
12. TELEFONE DE CONTATO
13. NOME DO RESPONSÁVEL
14. TELEFONE DE CONTATO
15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
16. DOC
17. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
18. CDD (BGE MUNICÍPIO)
19. UF
20. CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Ponto cefálico no orelhão do lado direito.
Orelha esquerda normal.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Osteomielite

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Ponto 50-1174
24 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO
25 - CID 10 PRINCIPAL
26 - CID 10 SECUNDÁRIO
27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
30 - CLÍNICA
31 - CARACTER DA INTERNAÇÃO
32 - DOCUMENTO
33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)
35 - DATA DA SOLICITAÇÃO
36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
40 - CNPJ DA SEGURADORA
41 - Nº DO BILHETE
42 - SGN
43 - CNPJ DA EMPRESA
44 - CNAE DA EMPRESA
45 - CDD
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
47 - EMPREGADO
48 - EMPREGADOR
49 - AUTÔNOMO
50 - REEMPREGADO
51 - APOSENTADO
52 - ALDO

AUTORIZAÇÃO

53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
54 - CDD ORGÃO EMISSOR
55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO
56 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
58 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

incompleto 21/03/2014

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Nº da Internação

DATA DE ADMISSÃO

DATA SAÍDA

28/01/2019

30/01/2019

24438

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE:

DATA DO NASC.

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

SEXO ☒ Masc ☐ Fem.

LOG: (01) AID(01) (02) AV(008) (03) TV(100) (04) FRACA(065) (05) CON(1020) ☒ POV(092) (06) LOTE(056) Nº 5 ✓

LOGRADOURO:

BAIRRO:

CEP: 49.810-000

TEL: (73) 3432 4200

TIPO DO REGISTRO: 01 - PIS/PASEP 02 - IDENT 03 - REGISTRO 04 - CPF 05 - IGNORADO

Nº DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCTE EXAM:

CID PRINC.

ESPECIALIDADES:

CARACTER DE INTERNAÇÃO:

MOTIVOS DE SAÍDA:

PROF. SOLICIT.

ANEST.

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	2	0301010170		2477661
EX. INTER. TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMP. ELIANTE (DOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia				2477661
Rac				2477661
Radiografia				2477661
Tatagem				0002895
Tatagem				0002895
ECG				3073533
USG				

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

Carlos Alberto Albuquerque

Idade: 45

Enfermaria: F

Leito: 084

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

07:00 AS 13:00

Ass.

1º TURNO

2º TURNO

3º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

19:00 AS 07:00

Ass.

28/01/19

1. Rendo V.O. - 4 dias
2. Cefalor. 500mg IV + 9806165
3. D.P. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
4. Rendo V.O. - 4 dias
5. Cefalor. 500mg IV + 9806165
6. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
7. Cefalor. 500mg IV + 9806165
8. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
9. Cefalor. 500mg IV + 9806165
10. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
11. Cefalor. 500mg IV + 9806165
12. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
13. Cefalor. 500mg IV + 9806165
14. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
15. Cefalor. 500mg IV + 9806165
16. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
17. Cefalor. 500mg IV + 9806165
18. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
19. Cefalor. 500mg IV + 9806165
20. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
21. Cefalor. 500mg IV + 9806165
22. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
23. Cefalor. 500mg IV + 9806165
24. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
25. Cefalor. 500mg IV + 9806165
26. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
27. Cefalor. 500mg IV + 9806165
28. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32

28/01/19

1. Rendo V.O. - 4 dias
2. Cefalor. 500mg IV + 9806165
3. D.P. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
4. Rendo V.O. - 4 dias
5. Cefalor. 500mg IV + 9806165
6. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
7. Cefalor. 500mg IV + 9806165
8. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
9. Cefalor. 500mg IV + 9806165
10. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
11. Cefalor. 500mg IV + 9806165
12. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
13. Cefalor. 500mg IV + 9806165
14. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
15. Cefalor. 500mg IV + 9806165
16. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
17. Cefalor. 500mg IV + 9806165
18. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
19. Cefalor. 500mg IV + 9806165
20. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
21. Cefalor. 500mg IV + 9806165
22. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
23. Cefalor. 500mg IV + 9806165
24. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
25. Cefalor. 500mg IV + 9806165
26. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
27. Cefalor. 500mg IV + 9806165
28. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32

1. Rendo V.O. - 4 dias
2. Cefalor. 500mg IV + 9806165
3. D.P. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
4. Rendo V.O. - 4 dias
5. Cefalor. 500mg IV + 9806165
6. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
7. Cefalor. 500mg IV + 9806165
8. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
9. Cefalor. 500mg IV + 9806165
10. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
11. Cefalor. 500mg IV + 9806165
12. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
13. Cefalor. 500mg IV + 9806165
14. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
15. Cefalor. 500mg IV + 9806165
16. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
17. Cefalor. 500mg IV + 9806165
18. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
19. Cefalor. 500mg IV + 9806165
20. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
21. Cefalor. 500mg IV + 9806165
22. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
23. Cefalor. 500mg IV + 9806165
24. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
25. Cefalor. 500mg IV + 9806165
26. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32
27. Cefalor. 500mg IV + 9806165
28. Sulfat. 1000mg IV + 1500mg IV + 211423 32

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade:

Enfermaria:

Leito:

1º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

2º TURNO

13:00 AS 19:00

Ass.

3º TURNO

19:00 AS 07:00

Ass.

1.	20.06.2016			
2.	Atm. 1000/1000			
3.	Atm. 1000/1000			
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				

Dr. Roberto L. Lima Neto
Otorrinolaringologista
CRM 10000 - FCM 10000

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

João de Jesus Lima

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA	HISTÓRICO
28/04/19	Refe. infuso de Omeprazol 40mg CT 200mg por 30 dias. Omeprazol 40mg.
	ECG: Soleno 444/16
	Refe. infusões, com boa resposta capilar. Rejeição.
	CT: 200mg 7/1 No Omeprazol 40mg de resposta. Omeprazol.
29/04/19	Lo DTH 400mg 200mg Omeprazol.
	ECG: 200mg 9/16 Soleno 444/16
	CT: 200mg 7/1 No Omeprazol 40mg de resposta. Omeprazol.
	Refe. infusões, com boa resposta capilar. Rejeição.



Fundação
Hospitalar
de Saúde

REG.

DATA	HISTÓRICO
1/01	<p>ALTO FOSFORO - DEBILIDADE P/</p> <p>TRAT. SIA SIA 20 203/20</p> <p>PROLACTINA.</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Antônio E. Lora Arce Ortopedia - Traumatologia CRM 1000 - FOT 0016</p>

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

PACIENTE

DANILAO DE SOUZA NOVA

IDADE 43

SEXO M

REG.

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

T P R PA Glicem

25/01

15:00

Paciente admitido neste setor com o diagnóstico de fratura patológica do rádio direito. Após exames o mesmo encontra-se calmo, consciente e orientado. Nos cuidados de enfermagem se encontra bem.

18:00

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

20:00

Paciente no leito calmo, verbalizando em sua própria linguagem em uso de AVP em 4 SE. Higienizado, aceitando dieta, higiene e dejeções - há 1 dia, sem queixa no momento. Nos cuidados de enfermagem bem.

25

24/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

25

06:00

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

25

19

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Paciente no leito calmo, verbalizando em sua própria linguagem em uso de AVP em 4 SE. Higienizado, aceitando dieta, higiene e dejeções - há 1 dia, sem queixa no momento. Nos cuidados de enfermagem bem.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

31/01

Realizada medicação de horários conforme prescrição médica.

Posangela Alves dos Santos
CORENSE 617.681-AE

Posangela Alves dos Santos
CORENSE 617.681-AE

31/01 24/01
35,92 12,5

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: Cirurgia

LEITO: 10

PACIENTE: Dimas de J. Nery

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
	19:50	Paciente no leito no leito 10. Consciente, orientado, bem-humorado, acompanhado por familiares. Afeil, supressão, diagnóstico hipertenso, aceitando bem a dieta indicada. Funções fisiológicas presentes. Globalmente bem de saúde. Rototerapia AVC em MCE. Gerando SSV. Bem queixas de que os cuidados da enfermagem.	37,2		20		
	20:00	Adm. Medicamentos de bacterias: feticid 100 mg + 100 mg SFA 9% su, com forme prescrita. Pela Colega Vera Lucia Silva dos Santos Auxiliar de Enfermagem COREN-SE 720817					
30.01	04:00	Adm. Dipirona + Omeprazol 40mg 1x ao dia. Planteia 544446					
30.01	08:00	Pete de alta hospitalar. Enche fe. Nete + exat. - anep 446554 NE.					



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DANIEL DE JESUS NUNES

SOLICITO

E C G

2

28
01
19

Dr. Ricardo Arraes
Médico de Plantão

Avenida 13 de junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3437-9200

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nº. Registro.: 24438

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: DAMIAO DE JESUS NUNES

Documento....: 203989 Tipo:

Nascimento...: 10/07/1975

Estado Civil.:

Id e.....: 43 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: NAO COSNTA

Nome da Mae...: MARIA DE JESUS NUNES

Endereco.....: SITIOS NOVOS, CASA CEP: 49810.000

Telefone.....: NAO INFORMOU

Bairro.....: ZR

Município.....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 28/01/2019

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 24438
Numero da CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: DAMIAO DE JESUS NUNES
Documento.....: 203989 Tipo :
Data de Nascimento: 10/07/1975 Idade: 43 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO COSNTA
Nome da Mae.....: MARIA DE JESUS NUNES
Endereco.....: SITIOS NOVOS CASA Cep.: 49810-000
Bairro.....: ZR
Telefone.....: NAO INFORMOU
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 617894
Clinica.....: 400 - ENF "D" PEDIATRICA CLINIC
Leito.....: 999.0034
Data da Internacao: 28/01/2019
Hora da Internacao: 15:00
Medico Solicitante: 980.178.455-53 - BRICIO LIMA LOBAO BITTENCOURT
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: AGTOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:;
Secundario:
Outro:

SUS

Sistema
Unico de
SaudeMinisterio
da SaudeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

MASC. ☒ 1FEM. ☒ 3

9 - RACIA / COR

10 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - DDD

17 - COO. ISSI MUNICIPAL

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRANCA EMBOSNA SINTOMATICA
DO OR

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Dist. Glicose

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

RA PUNTO DE ADR/P.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Dist. Glicose 5.500

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPR) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Antonio E. Lora. Ara

13/02/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SERIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

MESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - COO. GRUPO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPR) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Mário Antônio de Almeida
CRM - 1321
Medicina

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEL

Data Internamento

Data Saída

Nº da Internação

13/02/19

14/02/19

24687

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS

308/402/288/751/068

NOME DO PACIENTE:

Jamiat de Jesus Nunes

DATA DO NASC.

10/07/75

SEXO ☒ Masc ☐ Fem

NOME DA MÃE:

Maria de Jesus Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL

Siquera de

LOGRADOURO:

Stios Barros

Nº

BAIRRO:

Z R

CEP:

44810-000

TEL:

99636-9287

TIPO DOC 01 - PIS/PASEPI

☒ IDENT

03 - REGISTRO

04 - CPF

05 - IGNORADO

Nº DOCUMENTO:

20393989

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC

0408020180

CID PRINC

5520

ESPECIALIDADES

☒ 01 CIRURGIA

☐ 03 CLI. MÉDICA

☐ 07 PEDIATRIA

CARATER DE INTERNAÇÃO

☐ 01 ELET

☒ 02 URG

MOTIVOS DE SAÍDA

☐ 01 ÓBITO

☒ 02 ALTA M.

☐ 03 ALTA PEDIDO

☐ 04 EVASÃO

☐ 05 TRANSF.

PROF. SOLICIT

Antonio E. Lora

ANEST

PROCED. REALIZADO

QUANT.

PROCEDIMENTO

CBO

CNES

CONS. AVAL. PCTE. INTERN.

0301010170

2477661

EXAME PRE TRANSF.

0212010034

2477661

TRANSF. UNID. DE SANGUE

0306020149

223505

2477661

ACOMPANHANTE (IDOSO)

0802010040

2477661

ACOMPANHANTE (CRIANÇA)

0802010024

2477661

EXAME PATOLÓGICO

0203020030

2477661

Radiografia

Prato

02

2477661

Radiografia

2477661

Radiografia

2477661

Tomografia

0002895

Tomografia

0002895

ECG

3073533

USG

WSTA Fibra

**EVOLUÇÃO
MÉDICA**

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Hospital de Saúde

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

IDADE

SEXO

RES.

PACIENTE

EXAMES DE LABORATÓRIO

HISTÓRICO

DATA

13/02

DO INÍCIO DO SINTOMA
FARMACOTERAPIA DE CALDO 221
A 200 mg VOLTARENE NO PUNTO DE



Dr. Antônio E. Lora Azeite
Otorrinolaringologista
CRM 2008 - 1307 624

NOTA - 10 DPO há boa melhora
de voz.

Relat. em 5 dias
em melhora

etc. melhora 5/

al. de

17/2 21/2
cada 2 dias
melhor



Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

FACTORS

EVOLUÇÃO

DATA	HORA
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

HORA	
08:00	
09:00	
10:00	
11:00	
12:00	
13:00	
14:00	
15:00	
16:00	
17:00	
18:00	
19:00	
20:00	
21:00	
22:00	
23:00	
24:00	

EVOLUÇÃO

Planta adaptada ao meio aquático do mar.
Folhas acinzentadas por uma
camada de cera. Frut. de
dois a três cm. de diâmetro.
Cabo de 1 a 2 m. de comprimento.
Folhas de 1 a 2 m. de comprimento.
Voluntária e abundante.
Luz. 100% 43 24 61.

7.40

432461

13.

[illegible]

91

162	15 Jan 2
Job	

165

3	1
---	---

$$84 \frac{1}{2}$$

Josineide Cavallini
Aux. de Ensino
COBENSE 7.146

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável 25x4/30x4	Und.	03
Alcool 70%	Und.	100ml
Atadura Algodão Qtop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 1,5cm	Und.	
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	MI	
Bola de Algodão	Und.	03
Cateter P. Oxigenoterapia (olhos)	Und.	01
Catgut Cromado C/Agulha	Und.	01
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	
Catgut Simples C/Agulha	Und.	
Catgut Simples S/Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	200ml
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	10
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	100
Cotonete	Und.	
Cotonete Estéril	Und.	
Dreno de Penrose nº. 01	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 02	Und.	
Dreno de Penrose Nº. 03	Und.	
Equipo Macro Gotas	Und.	01
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparradrapo Comum	Cm.	100cm
Ethibond	Und.	
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C Degermação	Und.	01
Formol Líquido	MI	
Gaze Algodoad	Und.	
Gelco	Und.	01
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi	Und.	01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	05 pares
Malha Tubular	Und.	
Micro pore	cm	
Microscópio de laboratório	Und.	01

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum 3-5	Und.	02
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	100ml
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Torneirinha 3 vias	Und.	01
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	02
Luvas (par) 7.5	Und.	02
Luvas (par) 8.0	Und.	
Luvas (par) 8.5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	05
Gorro	Und.	06
Pro pé	Par	06
Latex	Und.	02
Eletrodos	Und.	05
Ar Comprimido	Hora	100
Bisturi Elétrico	Hora	11
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	11
Oxigênio	Hora	11
Oxímetro de Pulso	Hora	11
N2O (protóxido de azoto)	Hora	11
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	11
Furadeira	Hora	11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)
 Leticia Bispo Santos

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome: Domício de Jesus Nunes

Data: 23/02/19

Leito: 03

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesinal	Amp.	
Água bidesilada 10ml	Amp.	02
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampicilil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Biscopan 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracurio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Clonidin	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloreto Potássio 19.1%	Amp.	
Cloreto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	01
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Etoril 0.01gr	Amp.	
Esmeron	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Finergan 50mg	Amp.	
Fentanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Cardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Vanilla Bago Santos

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantal 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	12
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	02
Lasix 20mg	Amp.	01
Marcaína 0.5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína Pesada 4ml	Amp.	01
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr	
Nausedron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr	
Nibium	Amp.	03
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	02
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	01
Propofol	Amp.	01
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr	
Rocfin 1mg	Amp.	
Rocfin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c.v	Amp.	
Xilocaina 1% s.v	Amp.	04
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Geleia	Fr.	

KIPRO 400mg

Fr

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente

EDUARDO DE LIMA NUNES

Diagnóstico Pré-operatório

TUMOR SQUAMOSO

Cirurgia realizada

RESECTOMIA QUADRANTE

Cirurgião

DR. ANDRÉ LUIZ

Auxiliares

Anestesiologista

DR. FERNANDO

Anestesia

Diag. Pós-operatório

TUMOR SQUAMOSO DA CA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. INSPEÇÃO - ENDOSCÓPIA
2. CURETAGEM COMPLETA
3. IMPLANTE DE DRENAGEM PERMANENTE
4. RESECTOMIA QUADRANTE
5. EXATIDÃO DO PULSO E PULSAÇÃO
6. SONDAGEM PARA PULSAÇÃO DO PULSO
7. LIGAMENTO
8. TUMOR SQUAMOSO

[Assinatura]

Dr. Antônio E. Lora Neto
Otorrinolaringologista
CRM-2000 - RJ-2000

13/02/19

Data

Assinatura do cirurgião

FICHA DE ANESTESIA

Nome Daniels de Jesus Naves Nº PRONTUÁRIO _____
 DATA 13.02.19 SEXO _____ IDADE _____ PÊSO _____
 CONVÊNIO _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 NATURAL _____ APTº _____ E. FÍSICO (ASA) TLE
 SETOR MÉDICO Otorrinolaringologia AMBULATÓRIO _____
 DIAG. PRÉ-OP. Prostase aguda (1)
 CIRURGIA PROPOSTA Prostectomia (1)
 DIAG. PÓS-OP. _____
 CIRURGIÃO REALIZADA _____ HORA _____ EFEITO _____
 PRE-ANESTÉSICO Ambrus 100 1º AUXILIAR _____
 CIRURGIÃO _____ INSTRUMENTADOR _____
 2º AUXILIAR _____
 AGENTE HORA 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

INVESTPREV

03 MAI 2019

U ₄	CARDIOCEPT
	ORIMETRO
	CARDIOGRAPH
	LIQUIDS

160
140
120
100
80
60
40
20

ANOTACÕES

DROGAS / MATERIAL	CONC	QUANT	ANESTESIA	Aberto	Semiclathro	Crânio	Via e Vít.
União 21 27 28			San. Renato 300			Respiração: Espont.	Auxil. Control.
União 21 27 28			Oxytriquel - nasotriquel - Sonda			S/C Lesão	Apênd.
União 21 27 28			União			Síndes	C/Cateter - C/Su
União 21 27 28			Posição	MA	Lesão Puncão		
União 21 27 28			Pos. Apênd.	MA	Pos. C/S		
União 21 27 28			Cond. Final		Resolução		
União 21 27 28			Líquidos				

FICHA DO ATO CIRURGICO

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

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:	
	906.132.365-72	Damiano De Jesus Nunes	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Damiano De Jesus Nunes		906.132.365-72	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Carreador	Povoado Lagoa de Dentro	916	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Área Rural	Poço Redondo	SE	49810-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
Marcosdgleiria@gmail.com	79-999189007		

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

REDA 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)

AGÊNCIA: 0612 2 CONTA: 16132 2
(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 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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: <u>Vossa Senhoria da Bloco 02-05-2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	CPF: _____
	Assinatura do Procurador (se houver)	

INVESTPREV

03.MAI.2019

(*) 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.



INVESTPREV

03 MAI 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029208/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 18/03/2019 11:33 Data/Hora Fim: 18/03/2019 11:58
Delegado da Polícia: Fabrício Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 28/01/2019 08:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Logradouro: trevo do Povoado Santa Rosa do Ermito

Bairro: Povoado Sta Rosa

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

INVESTPREV

03 MAI 2019

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1055: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DAMIAO DE JESUS NUNES (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Poço Redondo

Sexo: Masculino

Nasc: 10/07/1975

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Jesus Nunes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 908.132.365-72

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: povoado lagoa de dentro

Bairro: Povoado Sítios Novos

Nº: próximo ao

CEP: 48.100-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 055.357.485-82	Placa: OEK4194
Renavam: 540307866	Número do Chassi: 9C2KC1670DR038292
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Poço Redondo
Marca/Modelo: HONDA CG160 FAN ESI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Damiao de Jesus Nunes	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o nasciente que pilotava a sua motocicleta pela Rodovia Estadual SE230 quando perdeu o equilíbrio após a corrente se soltar. QUE devido a queda sofreu fraturas no braço direito sendo socorrido por populares e conduzido a UPA POÇO.



Delegado da Polícia Civil: Fabrício Santos Santana
Impresso por: Cleozer Martins da Silva
Data de Impressão: 18/03/2019 12:56
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 029208

REDONDO e posteriormente transferido para o Hospital da cidade de Itabaiana/SE. É o relato

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos

Classe **CARTOIO**

Depol-Poco-Redondo/SE

Dances de Feu et de

Damiano de Jesus Nunes

prima (Comunicare)

*Declaração feita no âmbito da 1ª edição do livro que faz o autor assumir a responsabilidade pelas afirmações acima apresentadas e com o qual poderá responder civil e criminalmente pelo possível dano causado aos leitores. Assinatura: professor João Augusto 3398-Denise Araújo de Almeida e 343-Comunicação Falada de Círculo ou da Comunicação de Círculo. Peral Brasil, 2017.

INVESTPREV

03 MAI 2019

ATO

MS/DATASUS HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 617894 DATA: 28/01/2019 HORA: 12:59 USUARIO: AGTOLIVEIRA
CNS: SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : DAMIAO DE JESUS NUNES DOC...: 203989
IDADE.....: 43 ANOS NASC: 10/07/1975 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: SITIOS NOVOS NUMERO:
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZR
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
NOME PAI/MAE...: NAO COSNTA MARIA DE JESUS NUNES
RESPONSAVEL...: A IRMA TEL...: NAO INFORM
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO - SE OU
ATENDIMENTO...: OUTROS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

INVESTPREV
10 MAI 2019

P... [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: ___/___/___

Colisão moto - moto - há 6h. com fratura e luxação.
fez uso de medicação no posto de saúde MSD.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura + Luxação MSD CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

enc. ao ortopedista

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
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

Fernando de Jesus Nunes ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra de Nascimento
Téc. Radiologia Médica
CRTR 0063

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190275345 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANALI MARIA COSME DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA SUPRA CONDILIANA DO ÚMERO À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDO (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, OUTRA NA FACE LATERAL, ÚMERO COM AUMENTO DO VOLUME NA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL (CALO ÓSSEO, EDEMA E MATERIAL DE SÍNTESE), COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, POR DESUSO DECORRENTE DA NEUROPRAXIA, DOR NO BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, MÃO, DEDOS EM FLEXÃO (GARRA). AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO COTOVELO: EXTENSÃO 55° / FLEXÃO 90°
A PERICIADA REFERE PARESTESIA E DOR NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO COTOVELO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190275345 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANALI MARIA COSME DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 12.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Aneli Marie Cosme de
09/01/2019 / 30/01/2019
24/01/2019 / 03/02/2019
Silep

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INVESTPREV

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

12 ABR 2019

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente mulher de idade de 45 anos, apresentando dor no coto do G. O. R. com forte dor supracóndilo do útero G. Havia febre e dor lateral de articulação. Foi feito punção e colocada talca gástrica. Recebeu alta hospitalar após 3 dias de internação e foi agendada cirurgia. Retornou em 30.01.2019 para submeter-se à cirurgia de fístula do útero G. Foi realizada ostomiotomia do útero e seu útero comiss. Evoluindo bem e teve alta hospitalar.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Ostomiotomia de útero supracóndilo, ane do útero G.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx coto do G.
Rx Bp G.
ECG
Laboratório

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francis Lima
Dr. Rafael Gonçalves
Dr. Washington Batista
Dr. Thiago Moreira Leal
Dr. Denis Cabral
Dr. Anton Cabral

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 19 de março de 2019

Ana Luiza P. B-T
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Antônio Machado Barreto
CRM 130.418-563-53 CRM 789

35

11:20h



**PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO**
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE
INSC.

64 280

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA24hUNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Anali Maria Come Sella

DATA:

09/01/19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1983

SEXO: F

FILIAÇÃO:

PAI:

MÃE:

Mário de Lourdes da Sella

ENDEREÇO:

Rua D - São José

REFERÊNCIA:

PROFISSÃO:

Agricultora

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA

CARDIOPATIA

DIABETES

EPILEPSIA

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

Paciente vítima de acidente por colisão móv. mota, queixa-se de dor em cotovelo esquerdo. Nega alergia a medicamentos.

Às exame: deformidade e hemorragia em cotovelo esquerdo

Rx: fraturas múltiplas, abertas, imortais, bístal em úmero esquerdo

HD: Fratura de úmero

① Imobilizar

② Clotapina 50mg + Soro + Soro de

③ A Clotapina (14USE)

Dr. Marcelo Guedes Souza
CRMSE 2963

Dr. Guedes
Dr. S. S. S.

Dr. S. S. S. Dr. S. S. S. Dr. S. S. S.

Dr. S. S. S.

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1840773
CNS:DATA: 09/01/2019 HORA: 16:55 USUARIO: TRSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANALI MARIA COSME DA SILVA
IDADE.....: 35 ANOS NASC: 02/05/1983
ENDERECO.....: RUA D
COMPLEMENTO....: 161284864100000 BAIRRO: SAO JOSE
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE ANTONIO DA SILVA /LOURDES MARIA DA SILVA
RESPONSAVEL....: VIZINHA - ROSALVA TEL....: 7999836356
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO 3
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

17:50 Refere queda de moto, no dia 1 de fev,
clor. local no cotovelo @, com
- pou. de tend. anterior, o resto sem
prejuizo.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Rx x cotovelo @ AP+P

curativos + Tde gesso anular

Rx Braço @ AP+P

Keflin 2gr EV 1x/dia
SAR 5000 VE 01/2le EV

Jk

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIOHORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

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

09/01/19
17:20

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 182816
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANALI MARIA COSME DA SILVA
Documento.....: 21693200 Tipo :
Data de Nascimento: 2/05/1983 Idade: 35 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: JOSE ANTONIO DA SILVA
Nome da Mae.....: LOURDES MARIA DA SILVA
Endereco.....: RUA D 211 161284864100000
Bairro.....: SAO JOSE Cep.: 49810-000
Telefone.....: 79998363563
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1840773
Clinica.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Leito.....: 999.0241
Data da Internacao: 10/01/2019
Hora da Internacao: 20:02
Medico Solicitante: 011.084.315-00 - FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
PRONTO SOCORRO
VERDE TRAUMA



NOME	ANALI MARIA COSME SILVA	LEITO	05	IDADE	35 anos	DATA	24/01/2019
------	----------------------------	-------	----	-------	------------	------	------------

DIAGNÓSTICO

FRATURA SUPRACONDILIANA DE ÚMERO + HAS

EVOLUÇÃO

Paciente tranquila, eufórica, afec-
tível, sem queixas. Solicito exames la-
boratoriais.

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta hipossódica	3ND
2	AVP pérvio	em uso
3	Antak 2:18 AD IV 8/8h ou Omeprazol 20mg VO em jejum	06
4	Dipirona 2:8 AD IV 6/6h, se febre ou dor	05
5	Plasil 2:18 AD IV 8/8h, se náuseas e/ou vômitos	05
6	Tramal 100mg IV 6/6h	5050
7	Profenid - 01 amp. IV 12/12h	14 02
8	Propranolol 40mg VO às 7h	07
9	Óleo mineral 10ml VO 12/12h	08 20
10	Furosemida 40mg VO pela manhã	20
11	Anlodipino 5mg VO à noite	20
12	Clexane 40mg SC 01 vez ao dia ou Heparina sódica 5000UI SC 12/12h	20
13	Curativo diário	
14	Captopril 25mg VO se P.A.S. >170mmHg e/ou P.A.D. > 100mmHg	
15	SSVV 6/6h + CCGG (Aferir P.A.6/6h e anotar)	
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		

Dr. Sérgio Lemos Eulálio
Clínica Geral
CRM-SE 2753

Sinais Vitais (Favor anotar abaixo)

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO ₂	Diurese	Temp(°C)	Glicemia
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM-SE 880

[illegible]

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1851835
CNS:DATA: 30/01/2019 HORA: 14:11 USUARIO: ESBSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANALI MARIA COSME DA SILVA DOC....: 21693200
IDADE.....: 35 ANOS NASC: 02/05/1983 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA D NUMERO: 211
COMPLEMENTO....: 161284864100000 BAIRRO: SAO JOSE
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE ANTONIO DA SILVA /LOURDES MARIA DA SILVA
RESPONSAVEL...: AMIGA / VALDELICE TEL....: 7999836356
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO 3
ATENDIMENTO...: CIRURGIAS ORTOPEDICAS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Curativo cancelado por falta de rede / paciente recuperado
em rede.

CD: Procedimento remarcado espem
opendano.

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

[] EVASAO [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 182816
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ANALI MARIA COSME DA SILVA
Documento.....: 21693200 Tipo :
Data de Nascimento: 2/05/1983 Idade: 35 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: JOSE ANTONIO DA SILVA
Nome da Mae.....: LOURDES MARIA DA SILVA
Endereco.....: RUA D 211 161284864100000
Bairro.....: SAO JOSE Cep.: 49810-000
Telefone.....: 79998363563
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1851835
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0702
Data da Internacao: 30/01/2019
Hora da Internacao: 14:17
Medico Solicitante: 968.348.895-15 - MARCIO MOURA ROCHA DOS SANTOS
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

BRASILEIRO DE RADIOLOGIA - HU
Atestado emitido em
20 de maio de 2019
por
DOMINGOS DA SILVA



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 30/03/19

° DIH

NOME: Paula Aparecida Cosme da Silva

DIAGNÓSTICO (S): Fratura Supracondilária Círculo R

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre, zero a partir das 23:00h	SNA
2º. Gelco Salinizado	Após dor
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1g EV 6/6hs	Suspensão
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	Suspensão
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	18 24 06 12
6º. Nausebron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO 12/12hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SUSP	Susp
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	Suspensão
13º. Dextro 6/6hs SUSP	SOS
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI 3 ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º Dieta livre	
18º Alta hospitalar <u>Sucesso</u>	
19º	
20º	

Marcelo Santana
COREN-SE nº 111715
Enfermeira Assistencial
Bloco Operatório/Mat. 385

Antônio Franco Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM 880

Médico

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente:


Aurélien Come de S. Lue

31/01/2019 – Paciente com HISTORIA DE

CD: Submetido a tratamento cirurgico conforme consta em Ato.
A SRPA.

*02/02/19 Pós-op de fract. fêmur
Ext. Anterior*

[Signature]
Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - TEOT 12353
Ortopedia e Traumatologia

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 Fundação Hospitalar de Saúde																																																			
PACIENTE: ANALI MARIA COELHO SILVA			REGISTRO: 02/02/2019																																																				
UNIDADE: 8002		MÉDICO: DR. DENNIS CICAL		LEITO: 7																																																			
CIRURGIA PROGRAMADA: TRAT. CIRURGIA DE FISTULA SUBCUTANEA		CIRURGIA REALIZADA: TRAT. CIRURGIA DE FISTULA SUBCUTANEA		DATA: 02/02/2019																																																			
ANESTESIOLOGISTA: DAIANE AGUIAR		TÉCNICA ANESTÉSICA: GEMEL + INAL + INT +		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA: ASA																																																			
CIRURGIÃO: DR. DENNIS CICAL		AUXILIAR: D. VITOR		ASA: 1 (18)																																																			
HORA DE INÍCIO: 8:00	HORA DE TÉRMINO: 9:00	ACESSO VENOSO: FEM	POSICÃO: VENTRAL																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGENTES INALATÓRIOS</th> <th colspan="12">15 30 45 90 15 30 45 100 15 30 45 15 30 45</th> </tr> <tr> <th colspan="12">[Grid for Inhalation Agents]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">FLUIDOS</td> <td colspan="12">[Grid for Fluids]</td> </tr> <tr> <td colspan="12">[Grid for Fluids]</td> </tr> </tbody> </table>						AGENTES INALATÓRIOS	15 30 45 90 15 30 45 100 15 30 45 15 30 45												[Grid for Inhalation Agents]												FLUIDOS	[Grid for Fluids]												[Grid for Fluids]											
AGENTES INALATÓRIOS	15 30 45 90 15 30 45 100 15 30 45 15 30 45																																																						
	[Grid for Inhalation Agents]																																																						
FLUIDOS	[Grid for Fluids]																																																						
	[Grid for Fluids]																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CEC OUTROS</th> <th colspan="12">200 180 160 140 120 100 80 60 40 20</th> </tr> <tr> <th colspan="12">[Grid for CEC and Other Parameters]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">MONITORIZAÇÃO</td> <td colspan="12">[Grid for Monitoring]</td> </tr> <tr> <td colspan="12">[Grid for Monitoring]</td> </tr> </tbody> </table>						CEC OUTROS	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20												[Grid for CEC and Other Parameters]												MONITORIZAÇÃO	[Grid for Monitoring]												[Grid for Monitoring]											
CEC OUTROS	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20																																																						
	[Grid for CEC and Other Parameters]																																																						
MONITORIZAÇÃO	[Grid for Monitoring]																																																						
	[Grid for Monitoring]																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">MONITORIZAÇÃO</th> <th colspan="2">CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="5">MONITORIZAÇÃO</td> <td>PA NÃO INVASIVA</td> <td>X</td> <td>PVC</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PA INVASIVA</td> <td>X</td> <td>TEMPERATURA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ELETROCARDIOGRAFIA</td> <td>X</td> <td>DIURESE</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OXIMETRIA</td> <td>X</td> <td>VENTILAÇÃO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CAPNOGRAFIA</td> <td>X</td> <td>PAM</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						MONITORIZAÇÃO				CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA		MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	X	PVC			PA INVASIVA	X	TEMPERATURA			ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE			OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO			CAPNOGRAFIA	X	PAM	X																			
MONITORIZAÇÃO				CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA																																																			
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	X	PVC																																																				
	PA INVASIVA	X	TEMPERATURA																																																				
	ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE																																																				
	OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO																																																				
	CAPNOGRAFIA	X	PAM	X																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>DOSE</th> <th colspan="2">ANTIBIÓTICO PROFILAXIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">PROPOFOL</td> <td>100mg</td> <td colspan="2">NOME:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MIDAZOLAM</td> <td>10mg</td> <td colspan="2">1ª Dose as: horas</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DIPRIVACINA 0.25% 1</td> <td>100mg</td> <td colspan="2">2ª Dose as: horas</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VALIUM 0.2% 1</td> <td>10mg</td> <td colspan="2">3ª Dose as: horas</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VALIUM 0.2% 1</td> <td>10mg</td> <td colspan="2">OBSERVAÇÕES</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ENCAMINHADO PARA: C. UTI</td> <td colspan="3">UNIDADE: 8002</td> </tr> </tbody> </table>						AGENTES ANESTÉSICOS		DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA		PROPOFOL		100mg	NOME:		MIDAZOLAM		10mg	1ª Dose as: horas		DIPRIVACINA 0.25% 1		100mg	2ª Dose as: horas		VALIUM 0.2% 1		10mg	3ª Dose as: horas		VALIUM 0.2% 1		10mg	OBSERVAÇÕES		ENCAMINHADO PARA: C. UTI		UNIDADE: 8002																	
AGENTES ANESTÉSICOS		DOSE	ANTIBIÓTICO PROFILAXIA																																																				
PROPOFOL		100mg	NOME:																																																				
MIDAZOLAM		10mg	1ª Dose as: horas																																																				
DIPRIVACINA 0.25% 1		100mg	2ª Dose as: horas																																																				
VALIUM 0.2% 1		10mg	3ª Dose as: horas																																																				
VALIUM 0.2% 1		10mg	OBSERVAÇÕES																																																				
ENCAMINHADO PARA: C. UTI		UNIDADE: 8002																																																					

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Arredina Gomes de G. Co*

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: *frat. cotovelo*

CIRURGIA REALIZADA: *RAFI*

CIRURGIÃO: DR DENIS CABRAL / DR SÉRGIO CABRAL

AUXILIARES: *RS Vitor*

ANESTESIA:

ANESTESISTA: DR(A)

DIAG. PÓS OPERATÓRIO:

☐ CIRURGIA LIMPA

☒ CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

☐ CIRURGIA CONTAMINADA

☐ CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

☐ VIAS AÉREAS SUP. ☐ PULMONAR ☐ URINÁRIA ☐ SNC ☐ TGI

☒ CUTÂNEO ☐ AP. CARDIO-VASCULAR ☐ PLEURA ☐ OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1- PACIENTE EM DECUBITO *Ventral* SOB ANESTESIA

2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS

3- *Via de Acesso Posterior Vascular*
4- *Dissecção por plano + isolamento do Nerv. Ulnar*
5- *Artrotomia do Olecranon*
6- *RAFI e de plom e perdões*
7- *Rx de Curvatura*
8- *Reparo ple tendão do Olecranon*
fechamento por planos, Sutura pele
Cautero

DATA: 31/07/2019

02/02/19

Dr. Denis Cabral Duarte
CRM - 4163 - RCO 12353
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Onofre Maria Correia da Silva			PRONTUÁRIO	1828-16			
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe			DATA	02/02/19	SALA	09	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>
CIRCULANTE	Cérebro			PROCEDÊNCIA	VPC			
ENTRADA S.O.	07:40 h	INÍCIO DA ANESTESIA	08:00 h	INÍCIO DA CIRURGIA	08:40 h			
SAÍDA DA S.O.	10:22 h	FIM DA ANESTESIA	09:40 h	FIM DA CIRURGIA	09:40 h			
CIRURGIÃO	Dr. Denis Cabral			1º AUXILIAR	mãe 3 Victor			
ANESTESISTA	Dr. Darajone			2º AUXILIAR				
INSTRUMENTADOR	adriana			LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA () NA			
CIRURGIA PROPOSTA	osteossíntese de fratura de fêmur.							
CIRURGIA REALIZADA								

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	<input type="checkbox"/>	GERAL INALATÓRIA	<input type="checkbox"/>	GERAL COMBINADA	<input checked="" type="checkbox"/>	GERAL BALANCEADA	<input type="checkbox"/>	RAQUIANESTESIA	<input type="checkbox"/>
PERIDURAL C/ CATETER	<input type="checkbox"/>	PERIDURAL S/ CATETER	<input type="checkbox"/>	SEDAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	BLOQUEIO DO PLEXO	<input type="checkbox"/>	LOCAL	<input type="checkbox"/>
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	<input checked="" type="checkbox"/>	Nº:	5	TUBO ARAMADO	Nº:		MÁSCARA LARÍNGEA	<input type="checkbox"/>	

ASSEPSIA

PVPI TÓPICO	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI ALCOÓLICO	<input type="checkbox"/>	PVPI DEREGMANTE	<input type="checkbox"/>	CLOREXID. ALCOÓLICA	<input type="checkbox"/>	CLOREXID. DEGERMANTE	<input type="checkbox"/>	CLOREXID. AQUOSA	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	------------------	--------------------------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

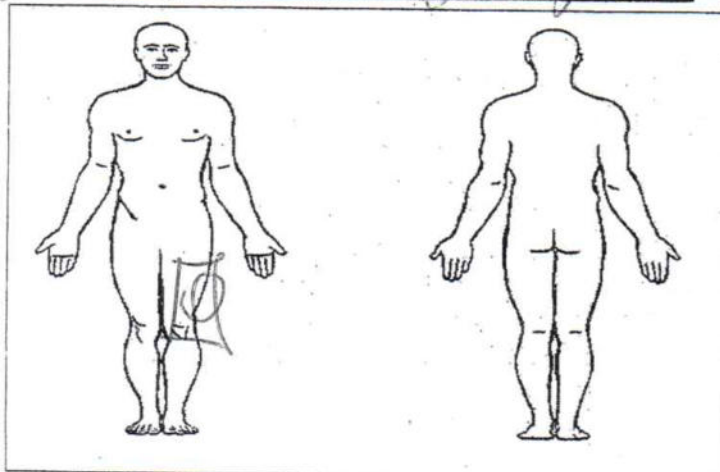
BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	DESFIBRILADOR	<input type="checkbox"/>	MONITOR CEREBRAL (BIS)	<input type="checkbox"/>	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	<input type="checkbox"/>	MANTA TÉRMICA	<input type="checkbox"/>	MICROSCÓPIO	<input type="checkbox"/>
FIBROSCÓPIO	<input type="checkbox"/>	MONITOR CARDÍACO	<input checked="" type="checkbox"/>	PA (NÃO INVASIVA)	<input checked="" type="checkbox"/>	PA (INVASIVA)	<input type="checkbox"/>	OXÍMETRO	<input checked="" type="checkbox"/>	CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/>
FOCO AUXILIAR	<input type="checkbox"/>	FONTE DE LUZ	<input type="checkbox"/>	VIDEOLAPAROSCÓPIO	<input type="checkbox"/>	BRONCOSCÓPIO	<input type="checkbox"/>	OUTROS	<input type="checkbox"/>		

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	<input checked="" type="checkbox"/>	MSD	<input checked="" type="checkbox"/>	MSE	<input checked="" type="checkbox"/>	MIE	<input checked="" type="checkbox"/>	MID	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----	-------------------------------------

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	<input checked="" type="checkbox"/>	MONOPOLAR	<input type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	-----------	--------------------------



PLACA BISTURI				COMPRESSAS	
				GRANDES	
				ENTREGUE	DEVOLVIDA
LOCAL					
•	ELETRODOS				
†	INCISÃO CIRÚRGICA				
AVP	D	E		PEQUENAS	
AVC	D	E		ENTREGUE	DEVOLVIDA
GASOMETRIA: SIM () NÃO (X)					

POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	VENTRAL	<input type="checkbox"/>	LAT. ESQ.	<input type="checkbox"/>	LAT. DIR.	<input type="checkbox"/>	CANIVETE	<input type="checkbox"/>	TRENDELEMBURG	<input type="checkbox"/>	LITOTOMIA	<input type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------	---------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------	--------------------------

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS	SUCÇÃO		Nº	TÓRAX		Nº	PENROSE		Nº
	ABDOMINAL		Nº	PIZZER		Nº	KHER		Nº
	BLAKE		Nº	OUTROS					
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS		
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:		
PASSADA POR				ANATOMO PATOLÓGICO		Nº PEÇAS			

SINAIS VITAIS			
FC (BPM)			
SpO2 (%)			
EPCO2 (mmHg)			
PA (mmHg)			
PAI (mmHg)			
FR (RPM)			
TEMP (°C)			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	ASSINATURA
07:40	Paciente adm em SA para realização de cirurgia, em uso de AVP em msa, mantido na maca. Cleones	
08:00	Iniciado anestesia geral + bloqueio de plexo. após anestesia thor - portada para mesa cirurgia em decúbito ventral. Cleones	
08:30	Colocação garrote em msa. Cleones	
08:40	Iniciado cirurgia. Cleones	
09:40	Termino do procedimento.	
09:55	Extubado e aspirado paciente.	
10:22	Encaminhado para SRPA. Cleones	

INVESTPREV

12 ABR 2019

ENCAMINADO PARA: SRPA

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Anali Maria Cosme Da Silva portador do RG : 2.169.320-0 CPF : 008.924.795-7 residente na Rua D S/N Bairro : São Jose Cidade: Poço Redondo -SE, Cep: 49810-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo ,pois só foi liberado **1.687,50** para as lesões que mim encontro ,enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA EM UMEROS ESQUERDO** sinto muitas dores horríveis não trabalho fico a merecer dos outros por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 24/04/2018

Anali Maria Cosme da Silva

ANALI MARIA COSME DA SILVA

INVESTPREV

TESTEMUHAS:

31 MAI 2019

maria Helena Santos Costa Oliveira

Valdeir de Oliveira Rosa

Município de

Poço Redondo

Cuidando do nosso povo!

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Anali Maria Carne Silva

Sofreu acidente motociclístico no
dia 09/05/19 sofrendo fratura ex-
tra do osso do E, sendo subme-
tido a tratamento cirúrgico,
ficando com sequelas e/
molumentar o braço.

Hoje encontra-se de alto definitiva

Igor Alexandre da Moura Correia Stoboda
RMS: 2900269/SE
Médico

Ass. e Carimbo / CRM

29/05/19

Data

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190275345 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANALI MARIA COSME DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM OSTEOMIELITE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 12.

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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 AQL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
008.904.795-74	008.924.795-74	Anali Maria Carme da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	Endereço:
Anali Maria Carme da Silva	Barreadora	Rua D
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Poço Redondo	SE
E-mail:	CEP:	Número:
Marcosdeglorio@gmail.com	49.810-000	211
	Complemento:	
	Casa	
	Tel. (DDD):	
	99-999/8-9007	

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

REDA MENSAL:

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

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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: Banco Do Brasil

AGÊNCIA: 0471 6 CONTA: 1292 0

(informar o dígito se existir) (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 5.194/74, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

Local e Data: Mossoró, 12.04.19	TESTEMUNHAS
Nome:	1ª Nome:
CPF:	CPF:
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A RDO	2ª Nome:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF:
	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 RDO, 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.

Confirma Dados?

BANCO: 0001

AGENCIA: 02471

CONTA: 0000000001292-0

FAVORECIDO: ANALI MARIA COSME SILVA

VALOR DEPOSITO: R\$10.00

Rede Mais Voce

Via Cliente

RAZ MOVAS

Pos: 73565001 LI: 240 Doc: 22 Oper: 273565

29/03/19 10:27:55

COBAN: 073565 LOJA: 0001 PUV: 000001

29/03/2019 BANCO DO BRASIL 10:27:55

247156501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0047

COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: ANALI MARIA COSME SILVA

AGENCIA: 2471-6 CONTA: 1.292-0

DATA 29/03/2019

NR. DOCUMENTO 24.717.356.500.047

VALOR DINHEIRO 10.00

VALOR TOTAL 10.00

NR. AUTENTICACAO C.685.2E7.57B.440.EA3

INVESTPREV

12 ABR 2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190275345
Nome do(a) Examinado(a): Anali Maria Cosme da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua D, 154 Fernando Collor de Melo
S Jose Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.169.320-0
Data local do acidente: [09/01/2019]
Data local do exame: [07/06/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA COMINUTIVA SUPRA CONDILIANA DO ÚMERO À ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM 02 PLACAS, 10 PARAFUSOS PARA PLACA, 02 PARAFUSOS CANULADOS, 02 FIOS DE KIRSCHNER E 01 FIO DE AÇO.

Complicações: BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, MÃO, DEDOS EM FLEXÃO (GARRA).

Data da Alta: 24/01/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDO (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, OUTRA NA FACE LATERAL, ÚMERO COM AUMENTO DO VOLUME NA DIÁFISE E EPÍFISE DISTAL (CALO ÓSSEO, EDEMA E MATERIAL DE SÍNTESE), COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E ANTEBRAÇO, POR DESUSO DECORRENTE DA NEUROPRAXIA, DOR NO BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, MÃO, DEDOS EM FLEXÃO (GARRA).

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO COTOVELO: EXTENSÃO 55° / FLEXÃO 90°

A PERICIADA REFERE PARESTESIA E DOR NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO

INVESTPREV

12 ABR 2019



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036215/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/04/2019 11:01 Data/Hora Fim: 04/04/2019 11:18
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 09/01/2019 10:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)
Logradouro: rodovia Estadual SE230
Complemento: após o Colegio Agrícola

Bairro: Assentamento

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANALI MARIA COSME DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Dois Riachos Sexo: Feminino Nasc: 12/05/1983
Profissão: Agricultor
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Lourdes Maria da Silva Nome do Pai: Jose Antonio da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 21693200
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 008.924.795-74

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: rua D
Bairro: são José
Telefone: (79) 99826-3563 (Celular)

Nº: 211
CEP: 49.810-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 015.017.685-65	Placa QKQ1254
Renavam 01038436750	Número do Chassi 9C2HB0210BR508653
Ano/Modelo Fabricação 2011/2011	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Poço Redondo
Marca/Modelo HONDA/POP 100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Anali Maria Cosme da Silva	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 04/04/2019 11:19
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 036215/2019

NARRA a noticiante que pilotava a motocicleta pela Rodovia Estadual conhecida como Rota do Sertão, SE230, quando nas imediações do Povoado Queimada Grande caiu após perder o equilíbrio; QUE foi socorrida e conduzida por populares a UPA POÇO REDONDO com fratura exposta em membro superior (cotovelo do braço esquerdo), diante da gravidade dos ferimentos foi removida ao HUSE Aracaju, permanecendo internada por aproximadamente (vinte e nove) dias. É o relato.

ASSINATURAS


José Roberto de Melo Santos
CARTÓRIO
Depto. Poço Redondo/SE
Responsável pelo Atendimento


Aneli Maria Cosme da Silva
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 343-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

12 ABR 2019