

# 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: 00000001292-0

---

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: 00000001292-0

---

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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO DIREITO (LUXAÇÃO DE GALEZAZZI).

**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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# 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 SÍNTSESE), 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
		<b>Total</b>	<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>



## HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

### Receituário

DR. ANTONIO E. LIMA ALVES

RECEITARIO

O PACIENTE SUMINISTROU COM  
DIAGNOSTICO DE FRANAS  
LIGADAS A DIA DE RACAO  
REALIZOU TRATAMENTO  
CONTRAINFLAMATÓRIO  
CONTRAINDICADO FRANAS COMO-  
LIGADAS EM 70% DE 220-  
BRILHANTES

CRP: 54520

30/04/19

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

INVESTPREV

03 MAI 2019



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

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

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

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 - hor. 26h. c/lesão profunda luxação  
 f/3 uso de medicação no posto de moto* MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

*Golpe + luxação* MSD

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICAC

*enc. ao ortope diatri*

DATA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA:

[ ] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Fernando de Jesus Nunes*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra de Oliveira  
 Téc. Radiologia Nuclear  
 CRM-R 0053

*606*

## 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 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDERECO (RUA, N° BARRA)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

7 - DATA DE Nascimento

8 - SEXO

MASC

1

FEM

3

10 - RACA / COR

DDD

13 - FONE DE CONTATO

DDD

14 - FONE DE CONTATO

16 - CÓD

18 - CÓD. DO MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

SE 048100

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## 21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Forro érico da costela do lado  
 Forro falso recuo de apert.

## 22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Forro

## 23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS / RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

Forro Falso

## 24 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Forro falso

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - N° DOCUMENTO (CH/SC/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04040214

## 34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Forro falso

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/19

36 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

04040214

## 37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTONOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - INATIVO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - N° DO BILHETE

44 - CNPJ DA EMPRESA

42 - SÉRIE

45 - CEP

## AUTORIZAÇÃO

## 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

## 49 - DOCUMENTO (CH/SC/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

## 50 - N° DOCUMENTO (CH/SC/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CPF

## 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

em completo 21/03/2014

## 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 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC.  1 FEM.  2

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - DDD

16 - TELEFONE DE CONTATO

17 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

22 - BAIRRO

23 - LOGRADOURO

24 - NÚMERO DA CASA

25 - COMPLEMENTO

26 - CÓDIGO DO PROcedimento

27 - CÓDIGO DO CAUSAIS ASSOCIADOS

## 22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Assunto

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

Painel Faz 6/174  
Tumor colo ovos 6461

28 - CÓDIGO DO PRINCIPAL

29 - CÓDIGO DO SECUNDÁRIO

30 - CÓDIGO DO ASSOCIADO

## 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## 32 - CÓDIGO DO PROcedimento

09141811-11

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL SOLICITANTE

36 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

37 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

38 - NOME DO PROFESSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

39 - NOME DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - ASSINATURA E CARIMBO NO DO REGISTRO DO

42 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

43 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

44 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

45 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

46 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

47 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

48 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

49 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

50 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

51 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

52 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

53 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

54 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

55 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

56 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

57 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

58 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

59 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

60 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

61 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

62 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

63 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

64 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

65 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

66 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

67 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

68 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

69 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

70 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

71 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

72 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

73 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

74 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

75 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

76 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

77 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

78 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

79 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

80 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

81 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

82 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

83 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

84 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

85 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

86 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

87 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

88 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

89 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

90 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

91 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

92 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

93 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

94 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

95 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

96 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

97 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

98 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

99 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

100 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

101 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

102 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

103 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

104 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

105 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

106 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

107 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

108 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

109 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

110 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

111 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

112 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

113 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

114 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

115 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

116 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

117 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

118 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

119 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

120 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

121 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

122 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

123 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

124 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

125 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

126 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

127 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

128 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

129 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

130 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

131 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

132 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

133 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

134 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

135 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

136 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

137 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

138 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

139 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

140 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

141 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

142 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

143 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

144 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

145 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

146 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

147 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

148 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

149 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

150 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

151 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

152 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

153 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

154 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

155 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

156 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

157 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

158 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

159 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

160 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

161 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

162 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

163 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

164 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

165 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

166 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

167 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

168 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

169 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

170 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

171 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

172 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

173 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

174 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

175 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

176 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

177 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

178 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

179 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

180 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

181 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

182 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

183 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

184 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

185 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

186 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

187 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

188 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

189 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

190 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

191 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

192 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

193 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

194 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

195 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

196 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

197 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

198 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

199 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

200 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

201 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

202 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

203 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

204 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

205 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

206 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

207 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

208 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

209 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

210 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

211 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

212 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

213 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

214 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

215 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

216 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

217 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

218 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

219 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

220 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

221 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

222 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

223 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

224 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

225 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

226 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

227 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

228 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

229 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

230 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

231 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

232 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

233 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

234 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

235 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

236 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

237 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

238 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

239 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

240 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

241 - CÓDIGO DO PROFESSIONAL ASSISTENTE

## PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Nº da Internação

24438

Data: 01/2019

Data: 5/2019

28/01/2019

30/01/2019

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS

36846312581721002

NOME DO PACIENTE:

Daniela de Jesus Nunes

DATA NASC:

10/07/1975

SEXO:  Masc  Fem.

NOME DA MAE:

Maria de Souza Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL:

Daniela

DOC: PIAU(081) | AV(008) | TVA(100) | IFRACA(069) | ICONF(020)  POV(092) | LOTEA(056) | N°: 5 ✓

LOGRADOURO: Rua Novo

BAIRRO: Zona Rural CEP: 19.810-000 TEL: (19) 3932 9206

TIPO SOC: - PIS/PAISEN | 02 - IDENT | 04 - REGISTRO | 04 - CPF | 05 - IGNORADO |

Nº DOCUMENTO:

23989

## IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

CID-PRINC:

E-47-1

PROF. SORTE:

04020413

ESPECIALIDADES:

101 CIRURGIA

103 CLÍNICA

107 PEDIATRIA

CARÁTER DE INTERNAÇÃO: 101 ELET

102 URG

MOTIVOS DE SAÍDA: 141 ÓBITO 1612 ALTA M. 114 ALTA PEDIDO 116 EVASÃO 131 TRANSF.

PROF. SORTE: Bruna Bittencourt

ANEST

PROCE. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	1.2	0301010170		2477661
EV. 1 - IR. TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0206020149	223505	2477661
ACOM. ADULTO (0050)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
				2477661
Radiografia	1			2477661
ECG	1			2477661
Radiografia	1			0002895
				0002895
Tatoo	1			3073533
ECG	1			
USG	1			

Prescrição, Medica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: <i>Edson Almeida Mendes</i>		Idade: 45	Enfermaria: F	Leito: 04
DATA		1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
		07:00 AS 13:00	Ass.	13:00 AS 19:00
				Ass.
				19:00 AS 07:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1. Fimido 1/2 - duas  
 2. Sust. 1/2 - duas  
 3. D. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 4. D. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 5. C. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 6. S. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 7. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 8. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 9. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 10. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 11. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 12. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 13. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 14. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 15. Sust. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 16. Sust. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 17. D. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 18. D. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 19. S. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 20. S. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 21. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 22. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 23. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 24. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 25. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 26. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 27. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000  
 28. L. 1/2 - duas 0500 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000 + 1/2 - 1000

Nome:

DATA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: \_\_\_\_\_  
Enfermagem: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_07:00 AS 13:00 1º TURNO  
Ass. 13:00 AS 19:00 2º TURNO  
Ass. 19:00 AS 07:00 3º TURNO  
Ass.

1.	2.	3.	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.
----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE: Ismael Alves da Cunha

DATA:

SEXO:

REC.:

DATA

HISTÓRICO

25/04/18 Reate infuso de Glicose na turbulosa  
 C/ sotaque nos ossos ósseos  
 óssea.

FP: Colmo 444/0  
 Pulso falso, an  
 boro paroxi constante.  
 (R: Tendinitis p/ a  
 óssea e óssea)  
 os paroxi. const.

26/04/18 P. DTH feito recuo  
 duplo.  
 FP: Colmo 9/colmo  
 Colmo 444/0.

R: Motivo paroxi.  
 constante.  
 P. DTH feito recuo

SÁDIE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreira Filho*

36708

1070

1000

2478

270

四

DATA	HISTÓRICO
1/01	<p>11/03/2009 - 00:00:00 P</p> <p>TRAT. Sua Sra. Z. 02312</p> <p>modo novo.</p> <p><i>[Large handwritten signature]</i></p> <p>Dr. Antônio E. Lobo Aze Ginecologista - Traumatologista CRM-PE - 100782</p>

Evolução de Enfermagem

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LITTO:

PACIENTE:

DAMASO DE JESUS NUNES

DATA: 21/3

SEXO: M

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem.
26/01	18:00	PACIENTE <del>ESTABILIZADO</del> NESTE SETOR COM O SINTOMATICO DE FESTEJA A AFISAGEM SO PRAZO ACRESCER, A POS SINTOMAS O PACIENTE ENCONTRAR SE CATEGO CONSCIENTE E ARRANJADO, <del>OS CUIDADOS</del> AO ORTOPEDISTA SE CHAVES DR. FERREIRA. — red. 1130					
	18:30	Administrado medicamento de banho Enfermeiro procedeu a Drenagem fecal 285891					
	20hs	Pct. na bula calmo, verbalizando em sua do sombrio e m eserde AVP em USE. Hidratizada, sei Tendo dieta, diurese, despejos — há 1 dia, seu queixa no momento dos cuidados de enfermagem					
	21hs	Colocou medicamento de banho e agora procedeu medicina					
03	06:00	Tomou banho 240mg T.V + digestivo					
	19	DT 200mg - Tomou medicamento de banho.					
	21	Introduziu sonda IV, dph 200mg, capi bucal 200mg, dph 200mg, dph 200mg					
	21	Pct. na bula calmo, verbalizando consciente e humorado momento Suficiente apetite para alimentar sua compreensão e humor. Satisfeita exigida em sua alimentação é F + + meus cigarros medicamentos sem queixa no momento					
	21	ADM: medicamento compreensão profunda prof. 22/01					
	21	Portaria e Encaminhado para 12:00 Administrado digestivo 200mg					
	21	Administrado digestivo 200mg					
	21	ADM: digestivo 200mg prescrição me deixou livre 22/01					

## UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETTORE

160

卷之三

Domino et al. / Neurology

Date:

卷之二

10

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DANIEL DE JESUS NUNES

Sobr. 010

E C G

28/01/19

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

Nascimento, 10/07/1975

Estado Civil.

EDAD: 43 - ANOS COR: 1

SEXO:  MASCULINO

Responável: NÃO CONSTA

Nome da Mae : MARIA DE JESUS

· SITIOS NOVOS · CASA ·

Telephone: 1-800-333-2227 • NAC INFORMATION

19. 1995-1996 学年第二学期期中考试

11. *What is the best way to increase the number of people who use a particular service?*

1992-1993: 1993-1994

101 34 611083 ■ PERGAM

Cadastramento: 28/01/2019

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

DADOS DA INTERNACAO

DADOS DA INTERNACAO No. do BE: 617894  
Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA  
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

#### INFORMAÇÕES DE SAÍDA

Proc. Realizado:  
Dt. Hr Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
Cjn Principal:  
↓ Secundário:  
Principal:  
Secundário:  
Outro:

○ ABATIXO ASSINADO DECLARA QUE,

SUS  
Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARIdentificação 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. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7. NOME DA MÃE

8. NOME DO RESPONSÁVEL

9. ENDERECO (RUA, N° BLOCO)

10. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11. DATA DE NASCIMENTO

12. SEXO

MASC.  FEM. 

13. RACA / COR

14. N° DO PRONTUÁRIO

15. TELEFONE DE CONTATO

16. TELEFONE DE CONTATO

17. DOC

18. CÓD. ISSUE MUNICÍPIO

19. UF

20. CEP

Se

44100-000

21. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fraqueza excessiva  
e dor

22. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Painel Cicatrizal

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

Rx Ponto de traço

24. CÓDIGO PRINCIPAL

25. CÓDIGO SECUNDÁRIO

26. CÓDIGO ASSOCIADO

27. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

28. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29. DESCRIÇÃO DO PROcedimento

30. CLÍNICA

31. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32. DOCUMENTO

33. N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35. DATA DA SOLICITAÇÃO

36. ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

37. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

38. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

40. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

41. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

84. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

86. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

88. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

90. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

92. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

94. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

96. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

98. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

100. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

102. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

104. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

106. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

108. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

109. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

110. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

112. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

114. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

116. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

118. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

120. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

122. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

124. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

126. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

127. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

128. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

129. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

130. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

132. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

134. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

136. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

138. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

139. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

140. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

142. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

144. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

146. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

147. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

148. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

150. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

152. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

154. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

156. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

157. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

158. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

159. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

160. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

162. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

164. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

166. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

168. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

169. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

170. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

172. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

174. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

176. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

177. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

178. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

180. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

182. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

184. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

186. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

187. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

188. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

189. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

190. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

192. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

193. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

194. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

195. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

196. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

197. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

198. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

199. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

200. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

201. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

202. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

203. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

204. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

205. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

206. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

207. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

208. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

209. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

210. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

211. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

212. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

213. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

214. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

215. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

216. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

217. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

218. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

219. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

220. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

221. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

222. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

223. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

224. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

225. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

226. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

227. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

228. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

229. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

230. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

231. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

232. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

233. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

234. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

235. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

236. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

237. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

238. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

239. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

240. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

241. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

242. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

243. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

244. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

245. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEL

Data. Internamento

Data. Saída

Nº da Internação

13/02/19

14/02/19

29687

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS

308.402.288.751.068

NOME DO PACIENTE:

Gamiar de Jesus Nunes

DATA DO NASC:

10/07/75

SEXO:  Masc  Fem

NOME DA MÃE:

Maria de Jesus Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL

Siquerado

TIPO: I - RUA(082) | I - AV.(008) | I - TVA(100) | I - PRAÇA(065) | I - CONJ.(020) | I - PO(092) | I - LOTEA(056)

LOGRADOURO:

Sítios Pires

Nº

BAIRRO:

Z R

CEP: 401810000 TEL: 99636-9287

TIPO DOC: 01 - PIS/PASEP |  IDENT. | 03 - REGISTRO | 04 - CPF | 05 - IGNORADO |

Nº DOCUMENTO:

203 93989

## 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:

 11 OBITO 12 ALTA M. 14 ALTA PEDIDO 16 TVASÃO 18 TRANSF.

PROF. SOLICIT:

Antônio E. Lorc

ANEST

## PROCED. REALIZADO

## QUANT.

## PROCEDIMENTO

## CBO

## CNES

CONS. AVAL. PCTE. INTERN.

0301010170

2477661

EXAME PRE TRANSF.

0212010034

2477661

TRANSF. UNID. DE SANGUE

0306020149

2477661

ACOMPANHANTE (IDOSO)

0802010040

2477661

ACOMPANHANTE (CRIANÇA)

0802010024

2477661

EXAME PATOLÓGICO

0203020030

2477661

Radiografia (

Pulmão) 02

2477661

Radiografia (

2477661

Radiografia (

2477661

Tomografia (

0002895

Tomografia (

0002895

ECG

3073533

USG (

Nota Fisca

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MUNHOZ FILHO

Nome: 2021106 DR. JOSÉ VIEIRA  
DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

07:00 AS 13:00 Ass. 13:00 AS 19:00 Ass. 19:00 AS 07:00 Ass.

Idade:

Enfermaria:

Leito:

1. DIA 1 P/ M/S E DIA 2 C/ M/S
2. DIA 3 M/S E DIA 4 C/ M/S
3. DIA 5 M/S E DIA 6 C/ M/S
4. DIA 7 M/S E DIA 8 C/ M/S
5. DIA 9 M/S E DIA 10 C/ M/S
6. DIA 11 M/S E DIA 12 C/ M/S
7. DIA 13 M/S E DIA 14 C/ M/S
8. DIA 15 M/S E DIA 16 C/ M/S
9. DIA 17 M/S E DIA 18 C/ M/S
10. DIA 19 M/S E DIA 20 C/ M/S
11. DIA 21 M/S E DIA 22 C/ M/S
12. DIA 23 M/S E DIA 24 C/ M/S
13. DIA 25 M/S E DIA 26 C/ M/S
14. DIA 27 M/S E DIA 28 C/ M/S
15. DIA 29 M/S E DIA 30 C/ M/S
16. DIA 31 M/S E DIA 01 C/ M/S
17. DIA 02 M/S E DIA 03 C/ M/S
18. DIA 04 M/S E DIA 05 C/ M/S
19. DIA 06 M/S E DIA 07 C/ M/S
20. DIA 08 M/S E DIA 09 C/ M/S
21. DIA 10 M/S E DIA 11 C/ M/S
22. DIA 12 M/S E DIA 13 C/ M/S
23. DIA 14 M/S E DIA 15 C/ M/S
24. DIA 16 M/S E DIA 17 C/ M/S
25. DIA 18 M/S E DIA 19 C/ M/S
26. DIA 20 M/S E DIA 21 C/ M/S
27. DIA 22 M/S E DIA 23 C/ M/S
28. DIA 24 M/S E DIA 25 C/ M/S
29. DIA 26 M/S E DIA 27 C/ M/S
30. DIA 28 M/S E DIA 29 C/ M/S

Juliana S. Menezes  
Enfermeira  
CORENSE 352407  
QBL

Itabaiana-Sergipe  
Nº 600

EVOLUÇÃO  
MÉDICA

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Hospital  
de Saúde

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE: JOAQUIM DA SILVA NEVES

SADE:

RES:

HISTÓRICO

DATA:

20/02/

DO MIGRAZ DIA 22/02/2002  
PRAZOS PRAZOS DIA 22/02/2002  
A 2002/02/22/02 PRAZOS DIA.

*DR. ANTONIO F. LIMA FILHO*  
CIRURGIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM 2002-120762

ANAM. A 10 DPO houve reação  
alérgica.

Relatou sentir febre  
e urticaria

ET: Diurético

alergia

17/02/2002

Urticaria

Evolução  
ENFERMAGEM

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LETO

C-3

DATA

SEXO

REG

MÉDICO

Internação de Jus Nus

Evolução

DATA HORA

T P R PA Glicemia

13/06/10 05:10

Paciente admitido neste setor de Unidade acapulcada para DUE-  
LAR. S/A 68 anos, tempo agudizado  
de 6h a 12h. Pct. direto  
do 2600 DLS. 1.º dia com eccl-  
erato e alterações HbA1c 7,6% e  
glicose 140 mg/dL

Valentim de Carvalho

2.º dia: Pct. direto de 6h, tempo  
agudizado de 6h a 12h.

3.º dia: Pct. direto de 6h, tempo  
agudizado de 6h a 12h. Sintomas  
migratório, pressão arterial elevada  
e tachicardia, alancamento constante  
orientado orientado em tempo  
mínimo familiar e funcionário  
para se submeter à cirurgia de  
tórax e cirurgia de fratura de  
ombro direito para se ressuscitar.  
Ensinhou de para se desfazer das  
salinuras de sangue, realizando AVD  
em MCE e SRL no 15º instante  
com PSL. A cirurgia principal do  
tórax aconteceu, constatando-se que  
o díploco, por parte direita, é de  
intubação. As 09:20h entrou do  
ato extubação e por parte direita  
migrou para direita do tórax.  
MCE + SRL + medição da O2 95%.

Então tipo ecuas. A 10:30h PSL 84 + 16  
que evoluiu de alguma forma 12h45min  
de intubação para extubação, realizada  
com intubação endotracheal com mits  
caro de intubação no 04º proximamente  
feito no dia anterior ao 05º dia.

Joséneide Carvalho  
Aux. de Enfermagem  
COREN-SP 7146



Descrição	Und	Qtde
Aguilha descartável 25x4 / 30x8	Und.	72 Entrada
Alcool 70%	Und.	100ml
Atadura Algodão Orlap.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	115
Atadura Crepe 30cm	Und.	
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	Ml	
Bola de Algodão	Und.	21
Cateter P. Oxigenoterapia (óculos)	Und.	21
Catgut Cromado C' Agulha	Und.	21
Catgut Cromado S' Agulha	Und.	
Catgut Simples C' Agulha	Und.	
Catgut Simples S' Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	ml	1100 ml
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.	160
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.	21
Equipo Micro Gotas	Und.	
Equipo P Sangue	Und.	
Esparadrapo Comum	Cm.	180+
Lithibond	Und.	25
Filtro de barreira	Und.	21
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C. Degermação	Und.	21
Formol Líquido	Ml	
Gaze Algodoadada	Und.	
Geleia	Und.	21 Endo
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi	Und.	21
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	21
Malha Tubular	Und.	05 Pcts
Micropore	cm	
Monitomo de Laringe nº 04	Und.	21

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum 3-1	Und.	100
Povedine Degermante	ML	
Povedine Tópico	ML	120
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	100
Seringa Descartável 5ml	Und.	100
Seringa Descartável 10ml	Und.	100
Seringa Descartável 20ml	Und.	100
Sonda de aspiração Traqueal 7mm	Und.	100
Sonda de Folley 2vias	Und.	
Sonda de Folley 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.	100
Vicril	Und.	
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7,0	Und.	100
Luvas (par) 7,5	Und.	100
Luvas (par) 8,0	Und.	
Luvas (par) 8,5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	15
Gorro	Und	06
Pro pé	Par	66
Latex	Und	10
Eletrodos	Und	10
Ar Comprimido	Hora	10000
Bisturi Elétrico	Hora	100
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	100
Oxigênio	Hora	100
Oxímetro de Pulso	Hora	100
N <sub>2</sub> O (protóxido de azoto)	Hora	100
Sala de Recuperação	Taxa	100
Vácuo	Hora	100
furadeira	Hora	100

Assinatura da Enfermagem (por extenso)  
Leandra Braga Soárez

## Medicina e Material Médico - Cirúrgico

 nome:  
 Domingos de Jesus Nunes

 Data:  
 23/02/19

 Leito:  
 63

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água hidrosulfatada 10ml	Amp.	0,1
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampicilinil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8,4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0,4mg	Amp.	
Cisatracurio	Amp.	
Clexane 20mg	Amp.	
Clexane 40mg	Amp.	
Clindamicina	Amp.	
Chloridr	Amp.	
Clorafenicol 1gr	Amp.	
Cloroeto Potássio 19,1%	Amp.	
Cloroeto de Sódio 20%	Amp.	
Decadron 4mg	Amp.	0,5
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0,2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 4mg	Amp.	
Etorof 0,01gr	Amp.	
Esmeron	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenegan 50mg	Amp.	
Femanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0,1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Grandental 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	
Assinatura da Enfermagem (por extenso)		
Domingos de Jesus Nunes		

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidantoina 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakin	Amp.	
Kefazol	Amp.	
Keflin	Amp.	0,5
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	0,5
Lasix 20mg	Amp.	0,1
Marcaina 0,5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	0,1
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Fr.	
Nauseadron	Amp.	
Neomicina pomada	Gr.	
Nibium	Amp.	0,5
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	0,2
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	Amp.	0,1
Propofol	Amp.	0,1
Prostigmine 0,5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	
Ringer Lactato 500ml	Fr.	
Rocefin 1mg	Amp.	
Rocefin 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.	0,4
Xilocaina 2% c.v	Amp.	
Xilocaina 2% s.v	Amp.	
Xilocaina Gélia	Fr.	
Cipro 400mg	Fr.	

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente	Diagnóstico Pré-operatório
Dr. Antônio Luiz Araújo	Fractura sacroiliaca
Cirurgia realizada	Cirurgião
Ressecção sacroiliaca	Dr. Pedro Garcia
Auxiliares	Anestesiologista
	Dr. Thales
Anestesia	Diag. Pos-operatório
	Fractura sacroiliaca

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Abertura - cutânea
2. Coagulação corporis
3. Abertura óssea ilíaca direita
4. Ressecção óssea ilíaca
5. Fixação do reto e pecten
6. Sutura direita pecten ap. recto
7. Uscada
8. Fechamento

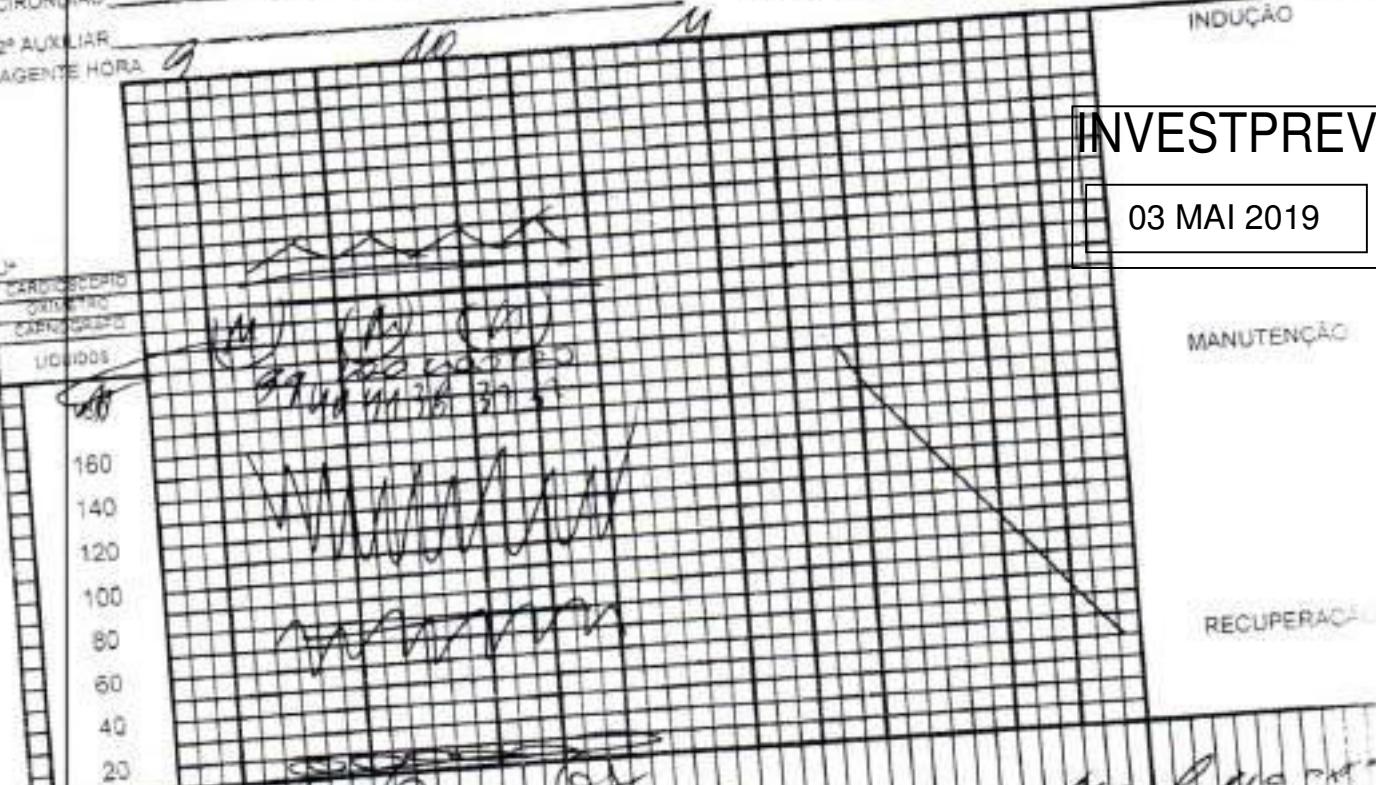
13/03/19

Data

Assinatura do cirurgião

## FICHA DE ANESTESIA

Nome		Damásio da Luz Neto		Nº PRONTUÁRIO		
SEXO		DATA	13/02/19	IDADE		PESO
CONVÉNIO		COR				
NATURAL		EST. CIVIL				SANGUE
SETOR MÉDICO	Atopédia	AMBULATÓRIO		APTº		E. FÍSICO(ASA)
DIAG. PRE-OP.		fro photus pustuloso (1)				
CIRURGIA PROPOSTA		fro amigd. pustuloso (2)				
DIAG. POS-OP.		res				
CIRURGIA REALIZADA		a pustuloso		HORA		EFEITO
PRE-ANESTÉSICO	Antibio	tos		1º AUXILIAR		
CIRURGIA	Antibio	tos		INSTRUMENTADOR		
2º AUXILIAR	9	10	11			INDUÇÃO
AGENTE HORA						



ANOTACÕES

# 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 <i>Damiao De Jesus Nunes</i>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	CPF:
E-mail:	Número: 906.132.365-72 Complemento: S/lo casa			
Tel.(DDD): 79-999189007				

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$3.001,00 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 OPCIÃO 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: **0610** **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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

**Estou ciente** de que a Seguradora Lider 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: *Nossa Senhora da Glória, 02-05-2019*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
*Damiao De Jesus Nunes*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**INVESTPREV**  
 03 MAI 2019  
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



INVESTPREV

03 MAI 2019



## 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 de Polícia: Fábio Santos Santana

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Auto: 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 Ermitão

**INVESTPREV**

03 MAI 2019

Bairro: Povoado Sítio Rosa

CEP: 49.810-000

Tipo de Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1085: 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: 906.132.365-72

#### Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: povoado lagoa de dentro

Nº: proximo ao

Bairro: Povoado Sítio Novos

CEP: 49.100-000

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 055.367.465-82	Placa: OEH4194
Renavam: 540307866	Número do Chassi: 9C2KC1670DR038292
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Poço Redondo
Marca/Modelo: HONDA CG150 FAN ESI	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvidos
Damiao de Jesus Nunes	Proprietário

### RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que pilotava a sua motocicleta pela Rodovia Estadual SE230 quando perdeu o equilíbrio acôs a corrente e se soltar. QUE devido a queda sofreu trururas no braço direito sando socorrido e conduzido a UPA POÇO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 02920 ESS

REDONDO e posteriormente transferido para o Hospital da cidade de Itabuna/SE. E o relato.

## ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos  
Cleber CARTÓRIO  
Depol. Poco. Resende/SE

Damiao de Jesus Nunes  
(Mídia / Comunicação)

*"Sócio de Jair Bolsonaro é da elite, comanda a mídia e é o principal responsável por atrasar a vacinação no Brasil", afirma o presidente da União, Jair Bolsonaro. Entrevista a Jair Bolsonaro, 24/3/2021. Comunicação Pública da Corte, ouça da Corte, Corte Bolsonaro.*

## 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

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 2 6h. com fratura e luxação.  
foz uso de medicação no posto de saúde* MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

*Fratura + luxação MSD*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC:

*enc. av entope diti*

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 Bento da Nóbrega  
Téc. Radiologia Mídica  
CRTR 0053

606

# 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 SÍNTSESE), 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
		<b>Total</b>	<b>5,04 %</b>	<b>R\$ 680,40</b>

# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





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

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE  
INSC.

64220

UNIDADE DE SAÚDE:

**UPA 24h**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Anali Maria Come Selia

DATA:  
09/01/19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 02/05/1983 SEXO: F

FILIAÇÃO:

PAI:

MÃE:

Mares de Bauda da Sella

ENDEREÇO:

Rua 1 - 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

Ply refere festas de ocidente  
por colisão més-mês, queixa-se  
de dor em cinturão esquerdo. Nega  
dolgia a miopatias.

As exames: deformidade e hemor-  
ragia em cinturão esquerdo

Rx: Fístulas múltiplas, abertos in-  
tornos e distal em úmido esquerdo

HI: Fratura de úmido

① Imobilizar

② Cintofixino (om + Sc 600) sobre ar

③ A. Urtipatia (HUSE)

Dr. Marcella Guedes Souza  
CRMSE 2963

Dr. G. Guedes  
CRMSE 2963

DS: Dr. Guedes  
PA: Dr. Guedes

Dr. Guedes  
CRMSE 2963

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  
 NOME PAI/MAE: JOSE ANTONIO DA SILVA  
 RESPONSAVEL: VIZINHA - ROSALVA  
 PROCEDENCIA: POCO REDONDO  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC.: 21693200  
 SEXO: FEMININO  
 NUMERO: 211  
 UF: SE CEP: 49810-000  
 /LOURDES MARIA DA SILVA  
 TEL.: 7999836356  
 3

TRAUMA: SIM

PA: [ X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

17.50h Pneu quebrou no mto, no desl. lgy, c/br lbd no c/brv. Oj. puse jn c/brv c/brv. Oj. puse jn puse.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

Profero Supra cervical

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Rx x lbd vltorx DAP+P

Centro + Tbd quebra ambolo

Rx Brax DAP+P

Klylin 2gr ev-olmbo  
 SAT 5000 UZ 0.25le ev  
 Jfa

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

09/01/19  
 17:20 HORAS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

10

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  
Municipio.....: 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

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

**DIAGNÓSTICO** FRATURA SUPRACONDILIANA DE ÚMERO + HAS

**EVOLUÇÃO** Pte tranquila evoluiu, afibril, sem queixas. Soluto enanres e atrautonais.

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	Dieta hipossódica	8/8h
2	AVP pérvio	12/12h
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	06
5	Plasil 2:18 AD IV 8/8h, se náuseas e/ou vômitos	06
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	20
10	Furosemida 40mg VO pela manhã	10
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		

**Sinais Vitais ( Favor anotar abaixo)**

Horário	PA(mmHg)	FC(bpm)	FR (ipm)	SpO <sub>2</sub>	Diurese	Temp(°C)	CEMIA
6:00h	X						
12:00h	X						
18:00h	X						
00:00h	X						

Dr. Antônio Fárcio Lemos Ehlers  
Ortopedista Traumatologista  
Cirurgião Geral  
Clínica Geral  
C.R.C. SE 2753



## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

## PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1

Nome do Paciente

### Idade:

## Sexo:

Unidade de Produção

Leito:

Nº do Prontuário:

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1851835 DATA: 30/01/2019 HORA: 14:11 USUARIO: ESBSENTOS  
 CNS: 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: [ ]

XAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS 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

*Currigi consultado por falta de sono / paciente recuperado  
 em sono.*

*CD: Procedimento remarcado esforço  
 agudizado.*

DATA DA SAIDA: *Alta hospitalar (suspensa)*  
 ALTA: [ ] DESISTENCIA MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

HORA DA SAIDA: :  
 [ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

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

## DADOS DA INTERNACAO

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:

BRASILE DE RADIODIFUSÃO - MU  
ABERTURA EM 01/01/19  
A. 10.00.00.000



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



DATA: 30/10/19

° DIH

NOME: Ana de Flores Corrêa da Silve

DIAGNÓSTICO (S): Fratura Supracondílica (Fóvea)

EVOLUÇÃO MÉDICA: \_\_\_\_\_

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)		Horários de Administração
1º. Dieta Livre, zero a partir das 23:00h		SNA
2º. Gelco Salinizado		Após sono
3º. Kefazol 1g EV 8/8hs ou Keflin 1g EV 6/6hs		Suspensa
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP		Suspensa
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs		18/24/06/32
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 > ou = 401: 10UI	301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia	( x ) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs		
16º Dieta livre		
17º Alta hospitalar Suspensão		
18º		
19º		
20º		

Antônio Franco Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 880

Médico

Maria Alcina Sant'Anna  
COREN-SE nº 111715  
Enfermeira Assistencial  
Bloco Operatório/Mat. 385

HUSE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**  
**EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR**

**Paciente:**

31/01/2019 – Paciente com HISTÓRIA DE

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

02/02/2019 - Pós-op de fract. fíbula  
et. Andarine

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**

**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**

PACIENTE: *Azedino Gonçalves*

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: *fract. cotovelo*

CIRURGIA REALIZADA: *RAFI*

CIRURGIA: DR DENIS CABRAL / DR SÉRGIO CABRAL

AUXILIARES: *PSVitor*

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

**DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

1- PACIENTE EM DECUBITO *Ventricular* SOB ANESTESIA

2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA + COLOCAÇÃO CAMPOS ESTEREIS

- 3- *Via de acesso Posterior Vertebral*  
4- *Dissecção por planos + isolamento do Nerv. V1*  
5- *Extrator de Ossos*  
6- *CAF c/ pratos e pinças*  
7- *Ex de arco*  
8- *Ressecção de tecido de Ossos*  
*Isolamento prs planos, Sutura da*  
*pele*  
*extensão*

DATA: 31/01/2019

*02/01/19*

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

*Assinatura do Cirurgião*

# Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Ana maria Correia da silva		PRONTUÁRIO	1828-16	
RECEBIDO NA S.O. POR	Equipe		DATA	02/02/19	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	X	SONOLENTO	AGITADO	
CIRCULANTE	Circulante		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 Colarel		1º AUXILIAR	mrs3 Victor	
ANESTESISTA	Dr. Darayone		2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	Adilane		LATERALIDADE	( ) DIREITA ( ) ESQUERDA	( ) NA
CIRURGIA PROPOSTA	Osteosíntese de fratura de clavado.				
CIRURGIA REALIZADA					

## TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL ( ) ORAL ( ) NASAL	Nº: 15	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA

## ASSEPSIA

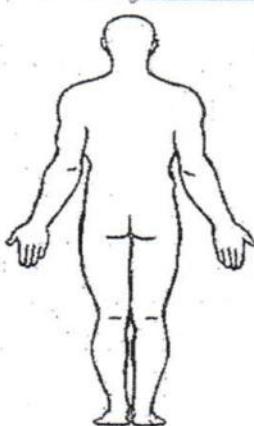
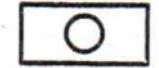
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

## EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

## COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----------

 		<b>PLACA BISTURI</b>  LOCAL • ELETRODOS ‡ INCISÃO CIRÚRGICA AVP D E AVC D E  <b>GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO</b>		<b>COMPRESSAS</b> <b>GRANDES</b> ENTREGUE DEVOLVIDA  <b>PEQUENAS</b> ENTREGUE DEVOLVIDA	
---	--	---	--	--	--

## POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	----------	----------	----------	---------------	-----------

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
DRENOS	SNG Nº:	SNE Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO		Nº:	GUEDEL Nº:	
	SUCÇÃO		Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
	ABDOMINAL		Nº		PIZZER	Nº		KHER	Nº
BLAKE		Nº		OUTROS					
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO		COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:	
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº	SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:		
PASSADA POR					ANÁTOMO 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 SI para realização de cirurgia, em uso de ANP em MSF. Monitorização ab na maca. Clexon								
08:00	Início da anestesia geral + bloqueio de plexo. Após anestesia thoracica, paciente para nova fase cirúrgica em decúbito ventral. Clexon								
08:30	Colocada garrote em MSF. Clexon								
08:40	Início da cirurgia. Clexon								
09:40	Fim do procedimento.								
09:55	Extubado e aspirado paciente								
10:22	Encaminhado para SRPA. Clexon								
 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">12 ABR 2019</div>									
ENCAMINHADO PARA: SRPA									

## Solicitação de Ré - Análise

Eu: Analí 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 UMERO-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

Analí Maria Cosme da Silva

ANALÍ MARIA COSME DA SILVA

INVESTPREV

31 MAI 2019

TESTEMUHAS:

Janaina Oliveira Santos Costa Oliveira

Galdulide Oliveira Rosa

Município de  
**Poço Redondo**  
Cuidando do nosso povo!  
ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

Nome: Ana L. Maria Pente S. Silve

Sofreu acidente motociclistico no dia 09/05/19 suspendo暂无 no topo do edifício F, sendo submetido a tratamento emergencial, ficando em sequela PI unilaterial obreco.

Hoje encontra-se de alto definitiva

Igor Alexandre da Moura Correia Sloboda  
RMS: 1800269/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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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:		
<b>008.924.795-74 Andri Maria Corrêa da Silva</b>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: <b>008.924.795-74</b>		
Profissão:	Endereço:	Número: <b>511</b> Complemento: <b>Casa</b>		
Bairro:	Localidade:	Estado: <b>SC</b> CEP: <b>49.810-000</b>		
E-mail:	Tel.(DDD): <b>29-99918-9107</b>			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> REÚSO INFORMAR:		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**INVESTPREV**

**12 ABR 2019**

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPLANÇA (Sómente 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** CONTA: **1292** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0471** CONTA: **1292** (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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.

Por 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não pais/ávios vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 cobrança de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Joinville/SC - 12/04/19**

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntimo teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

## Confirma Dados?

BANCO: 00001  
AGENCIA: 02471  
CONTA: 00000000001292-0  
FAVORECIDO: ANALI MARIA COSME SILVA  
VALOR DEPOSITO: R\$10.00

## Rede Mais Voce

Via Cliente  
RAZ MODAS

Pos:73565001 LT:240 Doc:22 Oper:273565  
29/03/19 10:27:55

COBAN:873565 LOJA:00001 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 Vítimas 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 DÀ 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 DIMINUIDO (++/++), 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 SÍNTSESE), 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim** ( ) Não

- V. Existe sequela (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"

( ) "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% 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 Otacílio Nascimento Junior*  
Manoel Otacílio Nascimento Junior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1627



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

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)

Bairro: Assentamento

Logradouro: rodovia Estadual SE230

CEP: 49.810-000

Complemento: após o Colegio Agricola

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

Nº: 211

Logradouro: rua D

CEP: 49.810-000

Bairro: são José

Telefone: (79) 99826-3563 (Celular)

### 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
Analí 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 Quemada 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 ferimento foi removida ao HUSe Aracaju, permanecendo internada por aproximadamente (vinte e nove) dias. É o relato.

ASSINATURAS

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

Anali Maria Cosme da Silva  
(Vitima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de cirílio que sou (não) 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 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

12 ABR 2019