

# 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:** 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

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DOMINGOS DE SAUS KUNUS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPLENDO COM  
DIAGNÓSTICO DE TRAUMA  
LIGAMENTO A DIA DO RADIO  
REPERCUSSÃO TRAI CIRCULADO  
CONTINUAR TRATADO CONDO-  
LIGADO EM 7 DIA DE RAO-  
BILINDO

CID: S95.20

Dr. Antonio B. Lora Aze  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 2008 - TECT 0026

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 Nunes

DATA:

28.01.19

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 10/07/95

SEXO: M

FILIAÇÃO:

PAI:

MÃE: Maria de Jesus Nunes

ENDEREÇO:

Av. Loggia do Ventro

REFERÊNCIA: p. Mando

PROFISSÃO:

Agrônomo

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 a episódios de tontura e vertigem, ocorrendo há alguns dias. Não há relato de febre, tosse ou outros sintomas associados. História de diabetes mellitus tipo 2, em uso de insulina (NPH) há 10/anos. História de hipertensão arterial sistólica (HAS) grau I, em uso de medicação anti-hipertensiva (atenolol 50mg/dia) há 05/anos. História de hipertensão arterial sistólica (HAS) grau I, em uso de medicação anti-hipertensiva (atenolol 50mg/dia) há 05/anos.

Assinatura do Médico  
Cristina Maria de Lencastre  
CRM: 35.365



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...: POÇO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000  
NOME PAI/MAE...: NAO COSNTA /MARIA DE JESUS NUNES  
RESPONSAVEL...: A IRMA TEL...: NAO INFORM  
PROCEDENCIA...: POÇO 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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *Fratura + Luxação MSD*

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC:

*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]*  
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

Assento

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

( ) REEMPREGADO

( ) 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



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

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☒FEM. ☐

10 - RAÇA / COR

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

18 - DOC

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ponto cefálico ou orelha do lado  
Orelha esquerda resaca apertada.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Desconhecido

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

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

CNS

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP)

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 - CNPJ DA EMPRESA

42 - Nº DO BILHETE

43 - CNIE DA EMPRESA

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

REEMPREGADO

APOSENTADO

ALTO

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - 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

30840212981751003

NOME DO PACIENTE:

Domício de Jesus Nunes

DATA DO NASC.

10/07/1975

SEXO ☒ Masc ☐ Fem.

NOME DA MÃE:

Maria de Jesus Nunes

NOME DO RESPONSÁVEL:

Domício

LOG: (01)A(051) (02)AV(008) (03)TV(100) (04)FRACA(065) (05)CON(1020) ☒ POV(092) (06)LOTEA(056)

Nº 5v

LOGRADOURO:

Stio Novo

BAIRRO:

Zona Rural

CEP 49.810-000

TEL:

(73)3432 4200

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

Nº DOCUMENTO:

23989

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROTEÇÃO:

04030413

CID PRINC.

E-47.1

ESPECIALIDADES:

☒ 101 CIRURGIA

☐ 103 CL. MÉDICA

☐ 107 PEDIÁTRIA

CAUSA DE INTERNAÇÃO:

☐ 101 ELET

☒ 102 URG

MOTIVOS DE SAÍDA:

☐ 141 ÓBITO

☒ 142 ALTA M.

☐ 144 ALTA PEDIDO

☐ 146 EVAÇÃO

☐ 147 TRANSF.

PROF. SOLICIT.

Dr. Carlos Antunes

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: 06

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

07:00 AS 13:00

Ass.

1º TURNO

2º 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/500ml IV + 9806165  
 3. D.P. 1000mg IV + 1500mg 500mg IV 2x14 2x3 08  
 4. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 5. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 6. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 7. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 8. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 9. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 10. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 11. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 12. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 13. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 14. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 15. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 16. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 17. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 18. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 19. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 20. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 21. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 22. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 23. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 24. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 25. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 26. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 27. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 28. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08

*[Signature]*

28/01/19

1. Rendo V.O. - 4 dias  
 2. Cefalor. 500mg/500ml IV + 9806165  
 3. D.P. 1000mg IV + 1500mg 500mg IV 2x14 2x3 08  
 4. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 5. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 6. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 7. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 8. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 9. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 10. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 11. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 12. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 13. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 14. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 15. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 16. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 17. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 18. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 19. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 20. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 21. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 22. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 23. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 24. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 25. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 26. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 27. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08  
 28. Rendo V.O. 1000mg IV 2x14 2x3 08

*[Signature]*

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	Refeição infuso de Omeprazol 40mg CT 200mg por 30 dias. Omeprazol 40mg.
	ECG: Soleno 44/16
	Refeição infusada, com boa perfusão capilar periférica.
	CT: 200mg 7/1 No Omeprazol 40mg de perfusão. Omeprazol.
29/04/19	Lo DTH 400mg 200mg infusado.
	ECG: Normal 9/12 Soleno 44/16
	CT: 200mg 7/1 No Omeprazol 40mg de perfusão. Omeprazol.



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

REG.

DATA	HISTÓRICO
1/01	<p>ALTO FOSFORO - DEBILIDADE P/</p> <p>TRAT. SIA SIA 20 203/20</p> <p>PROLAPSO.</p> <p><i>[Signature]</i></p> <p>Dr. Antônio E. Lora Arce Ortopedia - Traumatologia CRM 1986 - RJ 0216</p>



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

LEITO

PACIENTE

DANILAO DE SOUZA SILVA

IDADE 43

SEXO M

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
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. <i>Prof. 7511</i>					
18:00		Administração medicamentosa de horário conforme prescrição médica. Telem. 285891					
20:00		Paciente no leito calmo, verbalizando em sua própria linguagem em uso de AVP em 45%. Hidratado, aceitando dieta, diurese + defecação - há 1 dia, sem queixa no momento. Nos cuidados de enfermagem bem. <i>Posangela Almeida Santos CORENSE 617.681-AE</i>					
25	24h	Atos médicos de enfermagem conforme prescrição médica					
25	06:00	Amo. sangue 4cm IV + digoxina					
25		Amo. sangue conforme prescrição médica. <i>Posangela Almeida Santos CORENSE 617.681-AE</i>					
26	06:00	Introdução de sonda IV, de 18 cm, após avaliação médica. <i>Prof. 7511</i>					
26	06:00	Paciente no leito calmo, consciente, verbalizando em sua própria linguagem em uso de AVP em 45%. Hidratado, aceitando dieta, diurese + defecação - há 1 dia, sem queixa no momento. Nos cuidados de enfermagem bem. <i>Prof. 7511</i>					
26	12:00	Administração medicamentosa de horário conforme prescrição médica. <i>Prof. 7511</i>					
26	18:00	Administração medicamentosa de horário conforme prescrição médica. <i>Prof. 7511</i>					
26	24h	Atos médicos de enfermagem conforme prescrição médica. <i>Prof. 7511</i>					



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

**SUTTON**

LEGO®

## PACIENTE

CLADS

SF10

1956

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
29.08	19:50	Paciente no leito no leito comum. Consciente, orientada, verbalizando acompanhado por familiares. Afé- cil, suprema, diagnóstico hiper- tensão, aceitando bem a dieta ele- tada, funções fisiológicas presen- te. Globalmente em melhora de su- perstomia AVC em MCE. Atendendo Sócio, bem queixas de que dos cuidados da enfermagem.	77,19				
30.08	06:00	Adm. Medicamento de higiene: Pro- ferir 100 mg + 100 mg SFO 9/11, 11/11 forme prescrita. Pela Colégio Administ. modo e meio de hora dupla para 12/11/11, 11/11/11 Ocl Adm. Diputação + Compromisso Compa- me PE — PlAntonia 11/11/11 Pete de alta hospitalar. Exame neste + exames — nome 446594 NE.					



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DANIEL DE JESUS NUNES

SOLICITO

E C G

2

28  
01  
19

Dr. Ricardo Antunes  
Médico de Plantão

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 Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
CID Principal:  
    Secundario:  
Principal:;  
Secundario:  
Outro:

LAUDO 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. ☒ 1 FEM. ☒ 3

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE

11 - RACIA / COR

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - DDD

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRANCA EMBOSNA SINTOMATICA  
DO OR

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Distúrbio de consciência

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

RX PULMONES DPA DP/P.

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CLÍNICA

28 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Antonio E. Lora. Ara

13/02/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - 1 - AGENTE DE TRÂNSITO

35 - 1 - AGENTE TRABALHO TÍPICO

36 - 1 - AGENTE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SERIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - CNAR DA EMPRESA

43 - CBO

44 - EMPREGADO

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - MESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SEGURO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - COD. GRUPO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

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

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Manoel A. de S. 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 Fibroal



# Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MOURA FILHO

Nome: *OSCAR DE JESUS OLIVEIRA*

Idade: *6* Enfermaria: *6* Leito: *3*

## DATA: *20/06/2019* PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
07:00 AS 13:00	13:00 AS 19:00	19:00 AS 07:00
Ass.	Ass.	Ass.

1. <i>DIETA 171405 E DIABÉTICA</i>	<i>50%</i>		
2. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
3. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
4. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
5. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
6. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
7. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
8. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
9. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
10. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
11. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
12. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
13. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
14. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
15. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
16. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
17. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
18. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
19. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
20. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
21. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
22. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
23. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
24. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
25. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
26. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
27. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
28. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
29. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		
30. <i>USAR INSULINA 10 UNIDADES</i>	<i>10</i>		

*Dr. Antônio E. Lima Neto*  
*CRM 10.100/2019*  
*CPF 000.000.000-00*

*Juliana S. Menezes*  
*Enfermeira*  
*CRM 359407*  
*12/06/2019*

*Juliana S. Menezes*  
*Enfermeira*  
*CRM 359407*  
*12/06/2019*

Itaboraite Sergipe

**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  
sem melhora

etc. 10 dias 5/

17/2

Atividade  
cardíaca  
normal











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 (óculos)	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	
Amidoclor de laringe nº. 01	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 nº. 14	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	200
Bisturi Elétrico	Hora	11
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	
Oxigênio	Hora	11
Oxímetro de Pulso	Hora	11
N2O (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	11
Furadeira	Hora	11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)  
 Lúcia Regina Brito 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.	25
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	22
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	
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.	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

TNT M. SERRAVALLE

Cirurgia realizada

RESEÇÃO CERVICAL

Cirurgião

DR. ANDRÉ LIMA

Auxiliares

Anestesiologista

DR. FERNANDO

Anestesia

Diag. Pós-operatório

TNT M. SERRAVALLE DOK

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. DORNO - DORNO
2. CERVICAL COMPLEX
3. MÚLTIPLAS DORNO PLANO DA
4. RESEÇÃO TUMOR HADIA
5. FLEXÃO CI BOLA E PNEUMATO
6. SURTO PUN PLANO DO PNE
7. LIGAMENTO
8. TUM DO CERVICAL

*[Assinatura]*

Dr. Antônio E. Lora Neto  
Otorrinolaringologista  
CRM-200 - RJ-200

13/02/19

Data

Assinatura do cirurgião

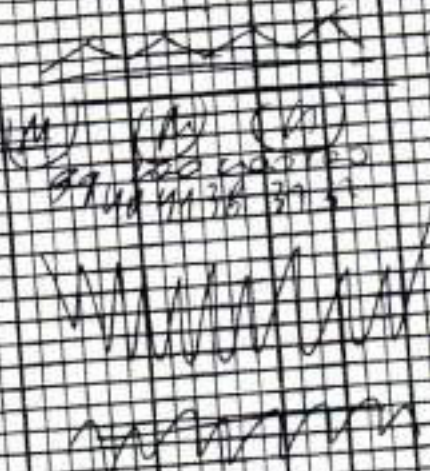
# FICHA DE ANESTESIA

NOME Damian de Jesus Nunes Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 CONVÊNIO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ PÊSO \_\_\_\_\_  
 NATURAL \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ COR \_\_\_\_\_  
 SETOR MÉDICO Atopédia AMBULATÓRIO \_\_\_\_\_ APTº \_\_\_\_\_ E. FÍSICO(ASA) TIE  
 DIAG PRE-OP \_\_\_\_\_ HISTÓRICO PRE-OP (1)  
 CIRURGIA PROPOSTA Tratamento cirúrgico de hérnia  
 DIAG POS-OP \_\_\_\_\_  
 CIRURDA REALIZADA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ EFEITO \_\_\_\_\_  
 PRE-ANESTÉSICO Ambrósio 1º AUXILIAR \_\_\_\_\_  
 CIRURGIÃO Ambrósio INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
 2º AUXILIAR \_\_\_\_\_  
 AGENTE HORA 9 10 11

U4  
 CARDIOSCÓPIO  
 OXÍMETRO  
 CARDSÍGRAFO  
 LÍQUIDOS

160  
 140  
 120  
 100  
 80  
 60  
 40  
 20

ANOTAÇÕES



① 1º ponto de controle ② 2º ponto de controle ③ 3º ponto de controle ④ 4º ponto de controle ⑤ 5º ponto de controle ⑥ 6º ponto de controle ⑦ 7º ponto de controle ⑧ 8º ponto de controle ⑨ 9º ponto de controle ⑩ 10º ponto de controle

DROGAS - MATERIAL	CONC	QUANT	ANESTESIA	Outros	Ver. Ver.	S.O.
<u>Midazolam</u>	<u>10mg</u>		<u>San. Renal</u>	<u>Albú</u>	<u>Ser. Metilado</u>	
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Chetoneque</u>	<u>neurolept</u>	<u>Sonda</u>	
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Enuf</u>			
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Panc</u>	<u>MH</u>	<u>Local. Puncão</u>	
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Pac. 400</u>	<u>MH</u>	<u>Pol. Co</u>	
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Cond. Final</u>	<u>Resusado</u>	<u>SA</u>	
<u>Propofol</u>	<u>100mg</u>		<u>Líquidos</u>			

FICHA DO ATO CIRÚRGICO

INVESTPREV

03 MAI 2019

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

Dr. Thiago M. C. Silva  
 Médico Anestesiologista  
 CRM/SE 9414



# 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).

## RENTA 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

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: Cleomar 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

Dance de Feu et de

Damião de Jesus Nunes

(prima Comunicazione)

\*Declaração feita no âmbito da 1ª edição do livro que faz o autor se responsabilizar pelas informações 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: Tais de Oliveira ou da Comunicação do Colégio Peral Brasiliano.

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Colica moto-moto - h. 6h. com fratura e luxacao  
fez uso de medicao que no porto de entrada MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fratura + Luxacao 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