

# 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:** 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>



## 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  
CONTRAINDICADO FRANAS COMO-  
LIGADAS EM FASE DE EDE-  
BILIZADOR

CRP: 50520

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 - ha: 2 6h. com perfuração luxação  
 Fiz uso de medicação no posto de saúde* MSD

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

*Golpe + luxação*

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 [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

*Fernando de Jesus Nunes*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilvan Bezerra de Menezes  
 Téc. Radiologia Nuclear  
 CRM 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

FEM

3

10 - RACA / COR

9 - RACA / COR

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - CÓD

18 - CÓDIGO MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - CÓDIGO MUNICÍPIO

22 - CÓDIGO MUNICÍPIO

23 - CÓDIGO MUNICÍPIO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Forro vidente da ocorrência de febre  
Forro febre ressaca apert.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Forro vidente

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

Forro vidente FEBR 174

24 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Forro vidente

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04040214

30 - CLÍNICA

Forro vidente

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Forro vidente

32 - DOCUMENTO

CNS

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

8101110959-5

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Forro vidente R/15

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/19

36 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Forro vidente

37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

1 EMPREGADO

1 EMPREGADOR

1 AUTÔNOMO

1 DESEMPREGADO

1 APOSENTADO

1 NÃO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

CNS

41 - N° DO BILHETE

CNS

42 - SEI

CNS

43 - CNPJ DA EMPRESA

CNS

44 - CNPJ DA EMPRESA

CNS

CNS

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CÓD. ORGÃO EMISOR

47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CNS

49 - AP DOCUMENTO (CH/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS

CNS

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CNS

CNS

Incompleto 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 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

36 - CÓDIGO DO ASSISTENTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO NO DO REGISTRO DO

Kacel - 28/01/19

Kacel - 28/01/19

28/01/19

CONSELHO

## 35 - VÍNCULO COM A PRÉVIOdENCIA

41 - N° DO BILHETE

42 - SER

1 - EMPREGADO

2 - EMPREGADOR

3 - AUTONOMO

4 - DESEMPREGADO

5 - APOSENTADO

6 - IN

7 - IN

8 - IN

9 - IN

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

21/03/2014

## 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)

Nº 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-44-1

PROF. ENE:

04020413

ESPECIALIDADES:

101 CIRURGIA

103 CLI MÉDICA

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. SOLICIT: Bruna Bittencourt

ANEST.

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.	1.2	0301010170		2477661
EV. 1.2 - 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
Radiofotografia	1			2477661
FGC	1			2477661
Radiografia	1			0002895
				0002895
Tatoo	1			3073533
ECG				
USG				

Prescrição, Medica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:	Eduardo Almeida Moreira					
	DATA	Idade: 45	Enfermaria: F			
	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO			
	07:00 AS 13:00	Ass.	13:00 AS 19:00	Ass.	19:00 AS 07:00	Ass.

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

1. Fimodo U 9-10hs  
 2. Sustento 10-12hs  
 3. Dose 1000cc + 1000cc + 1000cc  
 4. Dose 1000cc + 1000cc  
 5. Cereais 1000cc  
 6. Sopas 1000cc  
 7. Lanches  
 8. Lanches  
 9. Lanches  
 10. Lanches  
 11. Lanches  
 12. Lanches  
 13. Lanches  
 14. Lanches  
 15. Sopas 1000cc  
 16. Sopas 1000cc  
 17. Lanches 1000cc  
 18. Lanches 1000cc  
 19. Lanches 1000cc  
 20. Lanches 1000cc  
 21. Lanches  
 22. Lanches  
 23. Lanches  
 24. Lanches  
 25. Lanches  
 26. Lanches  
 27. Lanches  
 28. Lanches

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, com  
 boro pulsos copiosos frequentes.  
 (R: Tendinitis p/ a/o  
 óssea e óssea)  
 os pulsos contat.

26/04/18 P.D.H. feito recuo  
 duplo.  
 FP: pulmão 9/0/0  
 Colmo 444/0.  
 R: Motivo: dor.  
 copos diárias  
 fezes 9/0/0

Ismael Alves da Cunha  
 Itabaianga-Sergipe

SÁDIE HOSPITALAR Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

33709

1070

1000

DATA

200

四

DATA	HISTÓRICO
1/01	<p>11/03/2009 - 00:00:00 P</p> <p>TRAT. Sua Sra. Z. 03/03/10</p> <p>modo novo.</p> <p><i>[Large handwritten signature]</i></p> <p>Dr. Antonio E. Lobo Aze Ginecologista - Traumatologista CRM RJ - 1007682</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 ABERTO 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 28.5891					
	20hs	PT. no leito calmo, verbalizando em sua do sombria e incoerente AVP em USE. Hidratizada, sei Tendo dieta, durante, diqueas — há 1 dia, sem queixa no momento Aos cuidados de enfermagem					
27/01	04hs	Colocou medicamento de banho e agora procedeu medicina					
05/01	06:00	Tomou banho 240ml T.V + digestivo					
19		DT. 240ml. — Tomou digestivo médico. PT. calmo.					
31		Introduziu Purgante IV, 400ml, capa fracionada milhares de litros 13.1461					
	01/02	PT. no leito calmo, orientado consciente, humor tenebroso Suficiente apetite para alimentar queijo composto e leite. Sopro baixo exalado em 140-160 latidos/min EFT+ meia dia, sem medicamentos. sem queixa no momento					
	01/02	ADM: medicamento composta prescrita prof. 22/11 Porto Prado + Enzimase 60mg					
	12:00	Administrado digestivo ao paciente conforme RT. — enz. 60mg 4x/dia.					
	13/02	ADM: digestivo ao paciente prescrita me- dia 1x/dia libra 7.22684					

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETTORE

160

卷之三

Domino et al. / Neurology

Date:

卷之六

10

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
19/50	06:00	Fluente pro língua no leito (álcool 37,9) Consciente orientada, verbalizando memorinhos com familiares (gê- níl, suprônios, significativo hiper- tensão, aceitando bem a dieta cien- tífica, funções fisiológicas pronta- mente globais, inclui so- rectempsia PNF em MAF. Orienta atividades diárias de que desfruta. do lazer.					
20/50	06:00	Adm. medicamento levaria: fio ferid 100 mg + 100 ml SFG 9% IV, CRI					
30/50	26/00	Adm. fio fértil modo suave de horas e dias para tornar a forma para entregar meu fio					
30/50	08:00	Pete de alta hospitalar. Enfermeira recente + recém - → nome 446594/ME					

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

Name.....: DAMIAO DE JESUS NUNES

Documento...: 203989

Nascimento: 10/07/1975

Estado Civil.

EDAD: 43 - ANOS

SEXO:  MASCULINO

Responável.: NÃO CONTA

Nome da Mae.: MARIA DE JESUS NUNES

Endereço: SITIOS NOVOS, CASA CEP: 49810.000

Telefone: NAO INFORMOU

Batterson • 78

Municipio : 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionais: BRASILEIRO

naturaledado : SERGIOBRE

Edoardo Gobbi - 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:  
d 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. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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 Maricá

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fraude excessiva  
do ox

22. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Painel Cicatrizado

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

Rx Ponto de traço/p.

Início crônico 3-500

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

25 - CÓDIGO PRINCIPAL

26 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

27 - CÓDIGO ASSOCIADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Rx de cicatrização/ox

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

ICNS

ICPF

32 - N° DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - N° DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

36 - ASSINATURA E CARIMBO N° DO REGISTRO DO CONSELHO

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

40 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - N° DO BILHETE

41 - SERIE

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - EBCB

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - AUTORIZAÇÃO

46 - CÓDIGO DA EMPRESA

47 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO

48 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DOCUMENTO

52 - N° DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

101 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

102 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

103 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

104 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

105 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

106 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

107 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

108 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

109 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

110 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

111 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

112 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

113 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

114 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

115 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

116 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

117 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

118 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

119 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

120 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

121 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

122 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

123 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

124 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

125 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

126 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

127 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

128 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

129 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

130 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

131 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

132 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

133 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

134 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

135 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

136 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

137 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

138 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

139 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

140 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

141 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

142 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

143 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

144 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

145 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

146 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

147 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

148 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

149 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

150 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

151 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

152 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

153 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

154 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

155 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

156 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

157 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

158 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

159 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

160 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

161 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

162 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

163 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

164 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

165 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

166 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

167 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

168 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

169 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

170 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

171 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

172 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

173 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

174 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

175 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

176 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

177 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

178 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

179 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

180 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

181 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

182 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

183 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

184 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

185 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

186 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

187 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

188 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

189 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

190 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

191 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

192 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

193 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

194 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

195 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

196 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

197 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

198 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

199 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

200 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

201 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

202 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

203 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

204 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

205 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

206 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

207 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

208 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

209 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

210 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

211 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

212 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

213 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

214 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

215 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

216 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

217 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

218 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

219 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

220 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

221 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

222 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

223 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

224 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

225 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

226 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

227 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

228 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

229 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

230 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

231 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

232 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

233 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

234 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

235 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

236 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

237 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

## 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

CONS. AVAL. PCTE. INTERN.

EXAME PRE TRANSF.

TRANSF. UNID. DE SANGUE

ACOMPANHANTE (IDOSO)

ACOMPANHANTE (CRIANÇA)

EXAME PATOLÓGICO

Radiografia

Pulmão

02

Radiografia

Radiografia

Tomografia

Tomografia

ECG

USG

## QUANT.

## PROCEDIMENTO

## CBO

## CNES

0301010170

2477661

0212010034

2477661

0306020149

223505

2477661

0802010040

2477661

0802010024

2477661

0203020030

2477661

2477661

2477661

2477661

0002895

0002895

3073533

Nota Fisca

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MUNHOZ FILHO

Nome: 2021106 DR. JOSÉ VIEIRA  
DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade:	Enfermaria:			Leito:	
	07:00 AS 13:00	Ass.	13:00 AS 19:00	Ass.	
50	10	16	12	14	3
10	16	12	14	14	3
12	14	10	12	12	3
14	10	12	14	14	3
16	12	14	16	16	3
18	14	16	18	18	3
19	16	18	20	20	3
20	18	20	22	22	3
21	20	22	24	24	3
22	22	24	26	26	3
23	24	26	28	28	3
24	26	28	30	30	3
25	28	30	32	32	3
26	30	32	34	34	3
27	32	34	36	36	3
28	34	36	38	38	3
29	36	38	40	40	3
30	38	40	42	42	3

Juliana S. Menezes  
Enfermeira  
CORENSE 352407  
QBL

Juliana S. Menezes  
Enfermeira  
CORENSE 352407  
QBL

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

MIGRAZ: 10 DPO hó feto nascido  
vivo.

detet.

Reit. em ST feto  
em amnioto

ET: fumante ST

alcool

17/02/2002

casado  
estéril

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 des-  
tinto de 4 a 6 horas tempo agu-  
decs de 12 horas, tratamento  
de 2000 ml D5 + 1000 ml glicocli-  
ritina 1000 ml 10% KCl + 1000 ml  
lactato salina 1000 ml 5% dextro-

Valentim de Carvalho

2.000 ml dextro 5% 1000 ml

lactato salina 1000 ml 5% dextro-  
lito dextro 500 ml 1000 ml

13/06/10 08:30h A admitida neste setor centroci-  
tologia, pressionante, trêmula-  
tura, tênia, alargamento constante  
orientação orientada, impon-  
tante desfamiliar, ameaçadora

para se submeter à cirurgia, des-  
tinto agressividade de 2000 ml  
lactato salina 1000 ml 5% dextro-  
lito dextro 500 ml 1000 ml

mesa estéril, realizada AVD  
salientando que é desabilitado  
no MCE e que não se submete

para cirurgia, anestesia localizada  
até anestesia, anestesia geral, no  
dipolo, pressionante, dentro de 1000 ml

13/06/10 09:20h paciente do  
ato estéril e pressionante, ameaçadora

trêmula, desfamiliar, desorientada  
orientação orientada, ameaçadora

13/06/10 10:00h paciente do  
ato estéril e pressionante, ameaçadora

Avenida 13 de junho, 778 - Centro - Fone: (79) 3432-8200

Joséneide Carvalho  
Aux. de Enfermagem  
COREN/MS 7146

Itabaiana

152401 10:59 AM

Dr. Pedro García Moreno Pinto

STOPS: 7, 8

Page 1 of 2

四〇一

105

Page 17

PACIENTE: 1105 09466 MELVIN

Page 11

四〇二

236

## EVOLUÇÃO

-78 - Centro - Fone: (79) 3432-9200

1000

NE 23rd Street 05A

Descrição	Und	Qtde
Agulha descartável	Und.	73 Encontrado
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.	01
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	2100ml
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.	+ 60
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.	
Esparadrapo Comum	Cm.	+ 80+
Lithibond	Und.	05
Filtro de barreira	Und.	01
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Cm.	
Escola C. Degermação	Und.	01
Formol Líquido	Ml	
Gaze Algodoadada	Und.	
Geleia	Und.	01 Encontrado
Intracath	Und.	
Lâmina de Bisturi	Und.	01
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	05 Pares
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	
Monofilamento de Polipropileno	Und.	01

Descrição	Und	Qtde
Mononylion Comum	Und.	02
Povedine Degermanse	MI	
Povediné Tópico	MI	120
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	02
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	02
Seringa Descartável 20ml	Und.	02
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	01
Sonda de Folley 2vias	Und.	01
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.	01
Vicril	Und.	01
Aguilha 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	06
Eletrodos	Und	06
Ar Comprimido	Hora	00
Bisturi Eletrico	Hora	00
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	00
Oxigênio	Hora	00
Oxímetro de Pulso	Hora	00
N <sub>2</sub> O (protóxido de azoto)	Hora	00
Sala de Recuperação	Taxa	00
Vácuo	Hora	00
furadeira	Hora	00

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. Molesina	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.	
Enemergan 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
Marcaína 0,5% c.v - 20ml	Amp.	
Marcaína 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 psoas ilíaco
6. Sutura direita psoas ilíaco
7. Fechamento
8. Fim do cirurgião

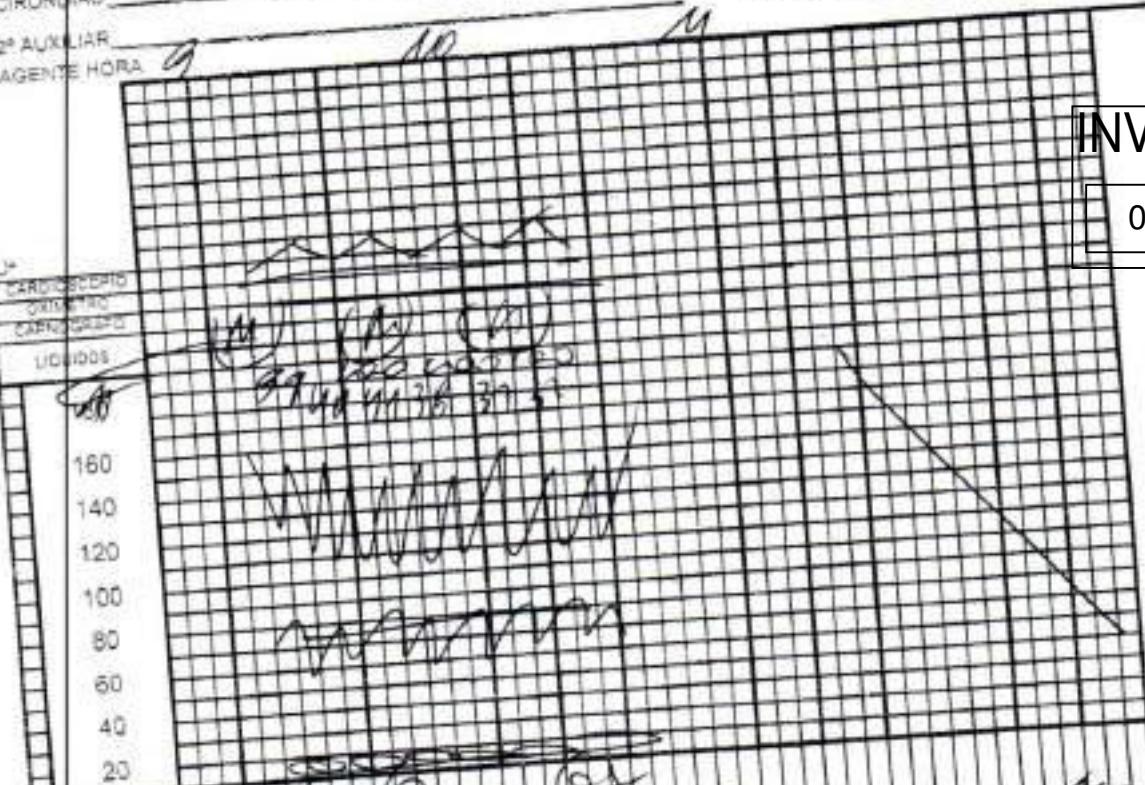
13/03/19

Data

Assinatura do cirurgião

### **FICHA DE ANESTESIA**

NOME		Daniels da Luz Nunes		Nº PRONTUÁRIO			
CONVÉNIO		DATA	13/02/19	SEXO	COR	IDADE	PESO
NATURAL				EST. CIVIL		SANGUE	
SETOR MÉDICO		Atopédic		AMBULATÓRIO	APT°	E. FÍSICO(ASA)	
DIAG PRE-OP		Fro frotura aperte braço (1) Fro frotura fuste antebraço (2)					
CIRURGIA PROPOSTA							
DIAG POS-OP		a frotura					
CIRURGIA REALIZADA		a frotura		HORA		EFEITO	
PRE-ANESTÉSICO		Antrax 100		1º AUXILIAR			
CIRURGIA		Antrax 100		INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR		9	10	M			
AGENTE HORA							INDUÇÃO



## INVESTPREV

03 MAI 2019

## MANUTENÇÃO

## RECUPERACIÓN

ANOTACÕES

**FICHA DO ATO CIRÚRGICO**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
906.132.365-72 <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

### EN VOLVIDO(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 - POÇO REDONDO



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 0292085

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

## ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos  
Cleber 100000-00000-0000  
Cepol-Poco Redondo/SE

Dâmisio 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