

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: 31/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JAILTON DE OLIVEIRA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 000001013369-3

Nr. da Autenticação 56D5ECF39E49C2FD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190442840 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE
OLIVEIRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA DISTAIS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ARCO MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MEDICO ACOSTADO ILEGÍVEL NOME E CRM - SECRETARIA MUNICIPAL SAUDE DE POÇO REDONDO, DATADO DE 22/07/2019

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

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DR. CLAUDIO ROGÉRIO OLIVEIRA
GONZALVES

RECEITUÁRIO MEDICO

O PDR. LARANJEIRA COM ASS-
ISTÊNCIA DE INFERMERA DE
RADIODIAGNOSTICO, REDUZIU MUITO
SUSPENSO.

ENFATIZAR C/ FRANAS
CONVOLUTAS E RESBILHADAS

DATA: 25/05/19

Dr. Antonio E. Laranjeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEOF 6824

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

INVESTPREV
28 MAI 2019

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

Eu, Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira sexo M() F() DN: 25/02/1978

R.G: 33169257 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

João da Silva e Maria Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

Venho, através deste, requerer a V. Sr^a, o seguinte documento:

a) Relatório Médico ()

FAE ortop.

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (x) 12.02.2019

c) Cópia da Ficha de Atendimento da Urgência/Emergência (x) 03.02.2019

HI: _____

Data do Atendimento: 1/1/ AIH - Residência AS ortopédia
enfermagem

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira D.N: 07.02.2004 sexo M (X) F()

R.G: 7.103.212-6 SSP/ SE C. P. F: _____ filho (a) de

João Gilton de Oliveira e Maria de Fátima Gomes da Silva

Residente e domiciliado (a): Av: JK sítios novos

Nº: 526 Na cidade de Poco Redondo Fone: 9923-5186

Como representante legal () incapaz () falecido () através de procuração.

OBS: Prazo de entrega da documentação solicitada para AIH é de 40 dias e da ficha do primeiro atendimento - FAE é 20 dias.

Itabaiana - SE, 13/02/2019

Atenciosamente,

Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira



DADOS DO PACIENTE

NOME: Michael Douglas C. de Oliveira

SEXO

FEM

MASC

IDADE: 115

ESTADO CIVIL

casado

ENDERECO: Rua 10 Foco Redondo

FONE

RESPONSÁVEL

DESTINO DO PACIENTE: H. N. I. Hospital (Brigadeiro)

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Grande massa de 20x15cm de consistência mole hipo
densa, firme e homogênea do o úlceras
D. (estom) 22 e exanatos a 15cm
Exame houve crescimento 10/06/15

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Transtuzumab

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Proteger ob. origens

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZA

05 ORT



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MICHAEL DOWSAS COMOS DE OH 227KS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1 /

9 - SEXO

MASC. 1 FEM. 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - RACA / COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - DOC

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - CÓD. ISGÉ MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Franca ossa de esquerda
dir

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trnt. Guillain

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

Rx de dor nas costas da AP/8

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trnt. Radiculite

25 - CID 10 PRINCIPAL

S 50

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIAD

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0405020423

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Antônio José do Conselho
CRM 2808 - Conselho
CRM 2808 - Conselho

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - N° DO BILHETE

42 - SÉRIE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPIT.

49 - DOCUMENTO

50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

41 - () EMPREGADO

42 - () AUTÔNOMO

43 - () DESEMPREGADO

44 - () APOSENTADO

45 - () NÃO SEGUE

46 - () VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

47 - () NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - () CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - () N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPIT.

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

51 - () DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

____ / ____ / ____

Data. Saída

____ / ____ / ____

Nº. da Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS:

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOME DO PACIENTE:

DATA DO NASC.

____ / ____ / ____

SEXO: () Masc. () Fem.

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

LOG: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTEA (056)

LOGRADOURO:

Nº ____

BAIRRO:

CEP: ____

TEL: ____

TIPO DOC: 01 – PIS/PASEP () 02 – IDENT. () 03 – REGISTRO () 04 – CPF () 05 – IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO:

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC.

CID PRINC.

ESPECIALIDADES: () 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. () 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO () 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.:

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				
USG ()				3073533

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE: MICHAEL AUGUSTO GOMES

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

01/02

PD. INVERSO DE SUTURA
MANOS SEM O DEDO ANTERIOR
DIA.Dr. Antônio F. Lobo Arce
Oncólogo - Trasplantologista
CRM 2802 - TEC 6824

13/02

1º DPT - RDTI PNTI - 02/100

DB MA

2º DPT 103 PNTI, PNTI -
NÚCLEOS DIFUSOS DIFERENCIADOSDr. Antônio F. Lobo Arce
Oncólogo - Trasplantologista
CRM 2802 - TEC 6824

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

Cirurgico

LEITO:

PACIENTE:

Michel Douglas Gomes

IDADE:

15

SEXO:

M

REG.:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
12	9h	Pt. admitido neste setor. Residuante a sua residência em comunidade de S. Luiz do Paraitinga para cirurgia fratura de apitalete do lado esquerdo do pé.					
02		seu residuante em comunidade de S. Luiz do Paraitinga para cirurgia fratura de apitalete do lado esquerdo do pé.					
101		pt. responde a perguntas de forma lenta e desorientada. Pode ser que HPS + DHA + alterações de humor. Este é um jeito de encarar a vida.					
09:50h		Admitido neste setor entre cirurgicos, proveniente da clínica cirúrgica, desorientado, consciente, orientado, verbalizando um companheiro de fábrica. Para se familiarizar com o procedimento cirúrgico.					
		Fratura de apitalete direito aos cuidados Dr. Laro.	90	140	3PM		
		Encaminhado para o posto de mesa cirúrgica, endolito, dorsal, monotorização.	90	89			
		Realizada AVP em MSE e sangue no 2º instante com SRL.					
		10:10h Início do ato anestésico, com sedação e bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. Júlio Brondum.	151	500			
			89	100			
10:20h		Início do ato cirúrgico: prumo da fratura e luxação distal, passo lateral, monotorização, sedação e bloqueio de plexo + sedação.					
		Realizada AVP em MSE + SRL + medicamentos, furadilox, D2266/mg. eletrodo de 8 cm². 10:30h Trans-Opa.	146	100			
		Fratura segue sem intercorrência.	13				
		10:30h Fim do ato cirúrgico, parte em uso de fita Kirchner nº 25.					
		Em local da fratura. procedi-					

Josineide Carvalho das Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN/SE 716

UNIDADE HOSPITALAR: *Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho*

SETOR: 0-6

LETTER

$a=1$

PACERITE

Michael Douglas ~~comes~~ IS

Page 10

2020

5

$a=1$

		Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/30x2	Und.	02	Unid
Alcool 70%	Und.	500ml	
Atadura Algodão Orop.	Und.		
Atadura Crepe 10cm	Und.		
Atadura Crepe 15cm	Und.		
Atadura Crepe 30cm	Und.	03	
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 M	Und.	01	
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	01	
Catgut Simples C/Agulha	Und.		
Catgut Simples S/Agulha	Und.		
Clorexidina alcoólica	Und.		
Clorexidina aquosa	ml		
Clorexidina degermante	ml		
Coletor de Urina Simples	ml		
Coletor de Urina Fechado	Und.		
Compressa Campo Op. Gde.	Und.		
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	10	
Compressa de Gaze 7.5 x 7.5	Und.		
Cotonete	Und.	500	
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.		
Equipo Micro Gotas	Und.	01	
Equipo P Sangue	Und.		
Espatadrapo Comum	Und.		
Ethibond	Cm.	50cm	
Filtro de barreira	Und.		
Fio de Algodão	Und.		
Fita Adesiva Hospitalar	Und.		
Escola C. Degermação	Cm.		
Formol Líquido	Und.	04	
Gaze Algodoada	ml		
Alcool 70%	Und.	10	
Uracath	Und.		
Unha de Bisturi nº 24	Und.		
Uva Cirúrgica Descartável	Und.	02	
Unha Tubular	Und.	0500ml	
Uropore	cm		

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	2-0/3-0	Und.
Povedine Degermante	MI	1
Povediné Tópico	MI	1
Prolene		1
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	1
Seringa Descartável 5ml	Und.	1
Seringa Descartável 10ml	Und.	1
Seringa Descartável 20ml	Und.	1
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	1
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 Reta	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Urneirinha 3 vias	Und.	
Ucril	Und.	1
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
eno de Succão	Und.	
eno de Tórax	Und.	
vas (par) 7,0	Und.	
vas (par) 7,5	Und.	1
vas (par) 8,0	Und.	1
vas (par) 8,5	Und.	
caras Descartáveis	Und.	
o	Und.	05
é	Und	06
odos	Par	06
Imprimido	Und	
Elétrico	Hora	05
or Cardiaco (cardioscópio)	Hora	
rio	Hora	500,00
tro de Pulso	Hora	11
otóxido de azoto)	Hora	
Recuperação	Hora	11
	Taxa	
	Hora	
	Hora	11

titura da Enfermagem (por extenso)
Jerônimo

Medicção e Material Médico - Cirúrgico

Nome:

Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data:

12.02.18

Leito:

C-1

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Ampicilin	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonado de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	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.	
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	01
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Eftortil 0.01gr	Amp.	01
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Flanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Josinete Carvalho dos Santos

Aux. de Enfermagem

CORENSE 716.173

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidental 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	18	
Keflin	Amp.	00
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	
Marcaina 0.5% c/v - 20ml	Amp.	
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	01
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Amp.	
Nausedron	Fr	
Neomicina pomada	Amp.	
Nibium	Gr	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	01
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	22	
Propofol	Amp.	01
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	01
Ringer Lactato 500ml	Amp.	
Rocefin 1mg	Fr	02
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9%	500ml	Amp.
Soro Glicosado 5%	02	Amp.
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Amp.	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	
Xilocaina 2% s/v	Amp.	01
Xilocaina Geleia	Fr.	

Cipro 400mg - fr

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

MICHAEL DENGAS SODRÉ DE VIEIRA

Diagnóstico Pré-operatório:

Fractura A3

Cirurgia realizada:

redução e fixação

Cirurgião:

DR. ANTONIO LARA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. JULIO

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

Fractura A3

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MEXIDO - MEXIBO
2. COLOCOU NO CAMPO
3. INICIOU CORRIDA SURGICAL
4. REDUZIU FRACO A SOLO
5. FIXAÇÃO C/ TIO KIMBERLY
6. SORVETE PRA PREDOMINAR AS MFC
7. FIM
8. PIR AIO SANGUE

01/02/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2806 - TECOT 6824

Data:

____/____/____

Assinatura do cirurgião:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
 Paciente: Michel Douglas de Oliveira DN: 07.02.2004 BE: 622223

Material: OS cortes do lap

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 18/02/19

Número de Lote: 27

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Capote

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 18/02/19

Número de Carga: 27

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Blusão

Data de Esterilização: 18/02/19

Data de Validade: 08/08/19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954

Material: de Kirschner 2/5

Data de Esterilização: 06-02-19

Data de Validade: 06-08-19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954

Assinatura do profissional:

Josineide Góes de Souza
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN/SE 71673



AKC

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE			
HOSPITAL:	Regional de Itabirinha		
PACIENTE:	Dra. Antônio Lobo		
CPF:	161.711.850-07		
NOME DA MÃE:	Aureliana de Oliveira Lobo		
	CIRURGIAO:	DATA DE NASCIMENTO:	
	PRONTUÁRIO N°:	102.222-3	
		DATA DA CIRURGIA:	
		10/11/19	
ITEM EDITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,6 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARMADO DO CIRURGÃO:

Dr. Antônio Lobo
CRM-MG 102.222-3
Cirurgião - Traumatologista Geral
CNPJ 08.873.000/0001-84

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ N° 17.085.673/0001-84
Av. dos Engenheiros, nº 431, s/ 1001 | B. Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.840-100



CLINICA SAGRADA FAMILIA

Rua Antônio Francisco de Souza, 140 - Centro - N. Senhora da Glória/SE
(79) 3411-1200

ECG de Repouso

Dados do Paciente

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLI
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Data: 05/02/2019

Convênio: PARTICULAR

Hora: 11:24

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOIURT
CRM.

Laudo - 05/02/2019 17:30:43

Ritmo: Sinusal regular.

Frequência cardíaca: 89 bpm.

Eixo: Normal (sem desvios).

Onda P: 80 mms.

Intervalo PR: 160 mms.

Complexos QRS: Duração, eixo, morfologia e amplitude normais.

Segmento ST: Normal (sem supra ou infradesnívelamento).

Onda T: Morfologia habitual.

Intervalo QT: Duração normal.

Conclusão:

Eletrocardiograma dentro dos limites da normalidade.

DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg.Clin.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

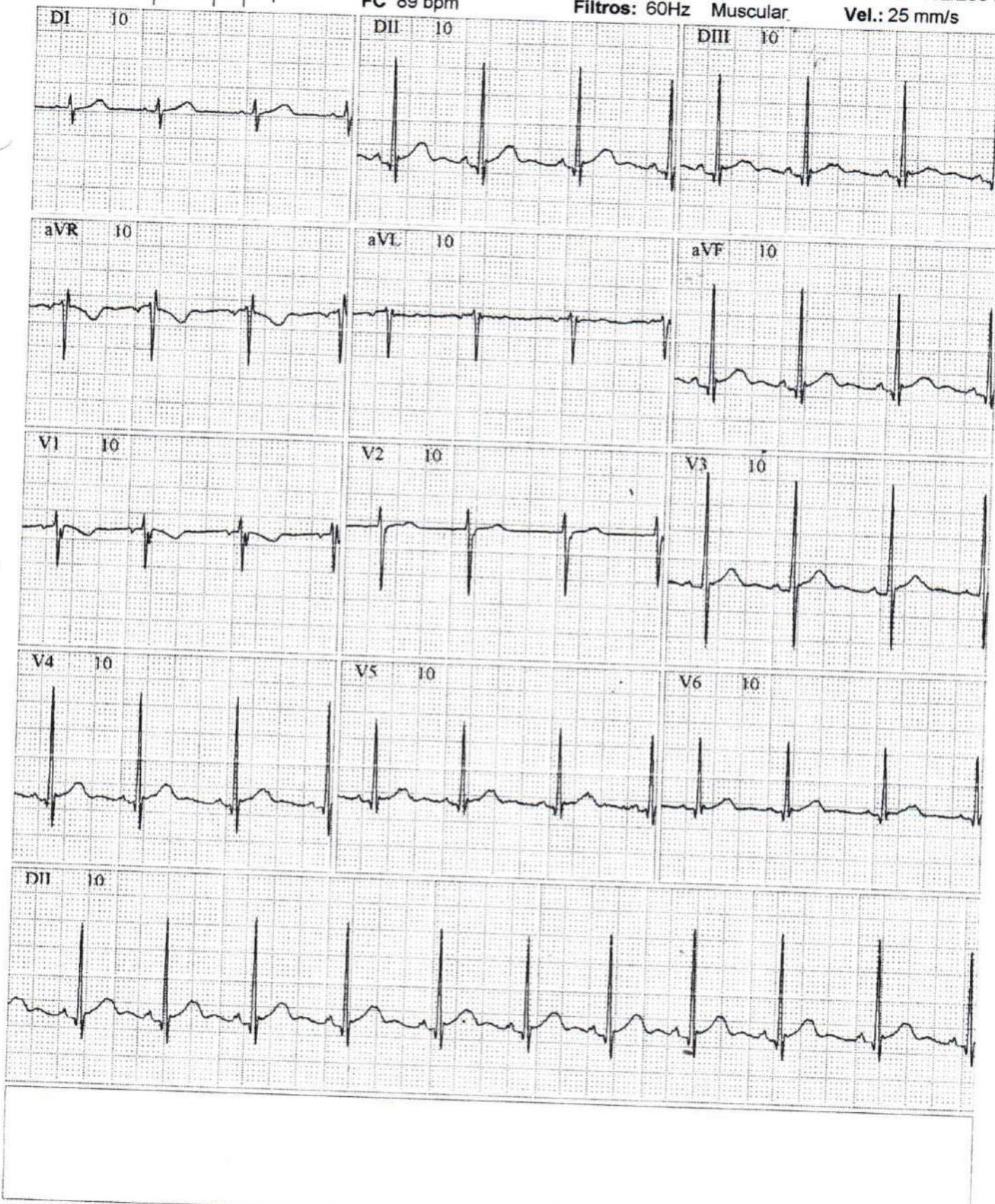
FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 05/02/2019

Nasc.: 07/02/2004

Vel.: 25 mm/s





CLINICA SAGRADA FAMILIA

Rua Antônio Francisco de Souza, 140 - Centro - N. Senhora da Glória/SE
(79) 3411-1200

ECG de Repouso

Dados do Paciente

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLI
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Data: 05/02/2019

Convênio: PARTICULAR

Hora: 11:24

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOIURT
CRM.

Laudo - 05/02/2019 17:30:43

Ritmo: Sinusal regular.

Frequência cardíaca: 89 bpm.

Eixo: Normal (sem desvios).

Onda P: 80 mms.

Intervalo PR: 160 mms.

Complexos QRS: Duração, eixo, morfologia e amplitude normais.

Segmento ST: Normal (sem supra ou infradesnívelamento).

Onda T: Morfologia habitual.

Intervalo QT: Duração normal.

Conclusão:

Eletrocardiograma dentro dos limites da normalidade.

DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg.Clin.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

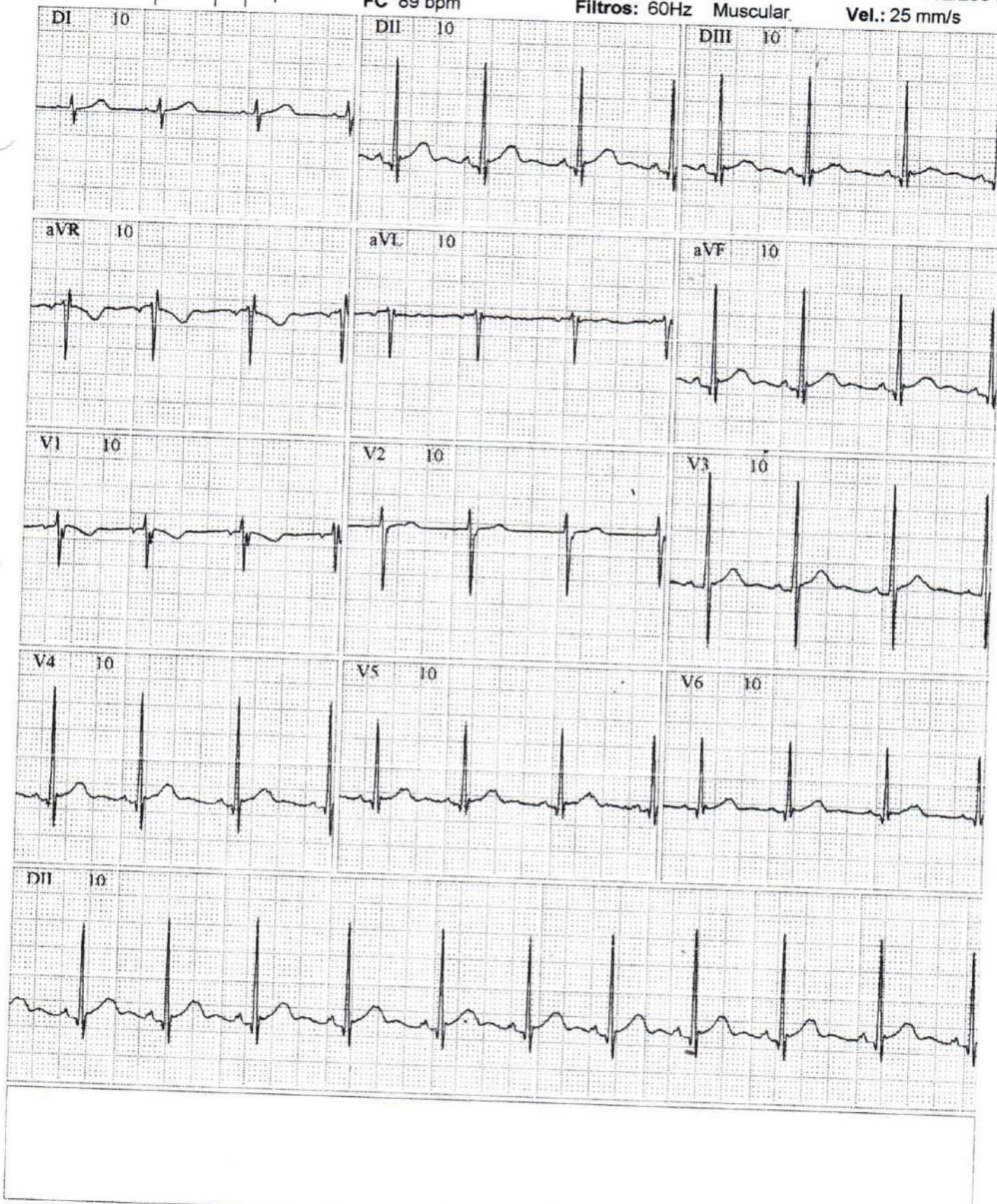
Data: 05/02/2019

FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Nasc.: 07/02/2004

Vel.: 25 mm/s



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 24660
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
Documento.....: 7,103,212-6 Tipo :
Data de Nascimento: 7/02/2004 Idade: 15 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE JAITON DE OLIVEIRA
Nome da Mae.....: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA
Endereco.....: POV. SITIO NOVAS 00 CASA
Bairro.....: ZONA RURAL
Telefone.....: 079.999235186 Cep.: 49810-000
Municipio.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 622223
Clinica.....: 650 - ENF "G" ADULTO - CIRURG
Leito.....: 999.0103
Data da Internacao: 12/02/2019
Hora da Internacao: 06:32
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE
Pr. ed. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: DRJESUS

INFORMACOES DE SAIDA

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

ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24660

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

Documento....: 7,103,212-6 Tipo:

Nascimento....: 07/02/2004

Estado Civil.:

Idade.....: 15 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel..: JOSE JAITON DE OLIVEIRA

Nome da Mae..: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

Endereco.....: POV. SITIO NOVAS,00 CASA CEP: 49810.000

Telefone.....: 079.999235186

Bairro.....: ZONA RURAL

Municipio....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 12/02/2019

INVESTPREV

28 MAI 2019

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

DR. CLAUDIO ROGÉRIO OLIVEIRA
GONZALVES

RECEITUÁRIO MEDICO

O PDR. LARANJEIRA COM DASS-
NOSSES DE JUNHO DE
2019, REDUZIU MUITO
SUSPENSO.

ENFERMAGEM C/ FARMACIA
CONSELHISTAS E RESBILHISTRO

DATA: 25/05/19

Dr. Antonio E. Laranjeira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TEOF 6824

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

INVESTPREV

12 JUN 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723

CNS:

DATA: 03/02/2019 HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS
SETOR: 05-SUTURA

NOME

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDADE: 15 ANOS NASC: 07/02/2004

DOC...: 7,10

ENDERECO: POV. SITIO NOVAS

SEXO..: MASC

COMPLEMENTO: CASA

NUMERO: 00

MUNICIPIO: POCO REDONDO BAIRRO: ZONA RURAL

NOME PAI/MAE: JOSE JAITON DE OLIVEIRA UF: SE CEP...: 49810

RESPONSAVEL: A MAE /MARIA DE FATIMA GOMES DA

TEL...: 079.9

PROCEDENCIA: POCO REDONDO - SE

186

ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL: NAO

PLANO DE SAUDE: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Fazendo ultima de queda de moto há 4 horas. Vaga dor
de dor. Dor no abdômen, dor no lado esquerdo, dor no lado
direito. Dor no lado direito, dor no lado esquerdo.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICA

(6h-2) de antibiótico D 2P)

(6) Fitas da ferida.

(6) Fitas de ortopedia

AV

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. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL /

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXG 24 02/02/2019 23:48:44

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

Eu, Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira sexo M() F() DN: 25/02/1978

R.G: 33169257 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

João da Silva e Maria Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

Venho, através deste, requerer a V. Sr^a, o seguinte documento:

a) Relatório Médico ()

FAE ortop.

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (x) 12.02.2019

c) Cópia da Ficha de Atendimento da Urgência/Emergência (x) 03.02.2019

HI: _____

Data do Atendimento: 1/1/ AIH - Residência AS ortopédia
enfermagem

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira D.N: 07.02.2004 sexo M (X) F()

R.G: 7.103.212-6 SSP/ SE C. P. F: _____ filho (a) de

João Gilton de Oliveira

e Maria de Fátima Gomes da Silva

Residente e domiciliado (a): Av: JK sítios novos

Nº: 526 Na cidade de Poco Redondo Fone: 9923-5186

Como representante legal () incapaz () falecido () através de procuração.

OBS: Prazo de entrega da documentação solicitada para AIH é de 40 dias e da ficha do
primeiro atendimento - FAE é 20 dias.

Itabaiana - SE, 13/02/2019

Atenciosamente,

Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira



DADOS DO PACIENTE

NOME: Michael Douglas C. de Oliveira

SEXO

FEM

MASC

IDADE: 115

ESTADO CIVIL

casado

ENDERECO: Rua 10 Foco Redondo

FONE

RESPONSÁVEL

DESTINO DO PACIENTE: H. N. I. Hospital (Brigadeiro)

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Grande massa de 20x15 cm de grandeza de medo hepato-splenomegalia e comprometimento do sistema nervoso central com 115 anos de idade. Entrou hospitalizado 10/06/15

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Transtuzumab

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Proteger da origem

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZA

05 ORT



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MICHAEL DOWSAS COMOS DE OH 22/2005

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

/

/

9 - SEXO

MASC.

FEM.

10 - RAÇA / COR

3

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - DOC

18 - CÓD. ISGÉ MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Franca ossa de esquerda
dir

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trnt. Guillain

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

Rx de dor nas costas da AP/8

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trnt. Radiculite

25 - CID 10 PRINCIPAL

S 50

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIAD

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

33 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASS

0405020423

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

/ /

36 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Antônio José do Conselho
CRM 2808
Crespo, 2008

CRM 2808

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - N.º DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

53 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPIT.

54 - DOCUMENTO

55 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

58 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

59 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

60 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

61 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

62 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

63 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

64 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

65 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

66 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

67 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

68 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

69 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

70 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

71 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

72 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

73 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

74 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

75 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

76 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

77 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

78 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

79 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

80 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

81 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

82 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

83 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

84 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

85 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

86 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

87 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

88 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

89 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

90 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

91 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

92 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

93 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

94 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

95 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

96 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

97 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

98 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

99 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

100 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

101 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

102 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

103 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

104 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

105 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

106 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

107 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

108 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

109 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

110 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

111 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

112 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

113 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

114 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

115 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

116 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

117 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

118 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

119 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

120 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

121 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

122 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

123 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

124 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

125 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

126 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

127 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

128 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

129 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

130 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

131 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

132 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

133 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

134 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

135 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

136 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

137 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

138 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

139 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

140 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

141 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

142 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

143 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

144 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

145 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

146 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

147 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

148 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

149 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

150 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

151 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

152 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

153 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

154 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

155 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

156 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

157 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

158 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

159 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

160 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

161 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

162 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

163 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

164 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

165 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

166 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

167 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

168 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

169 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

170 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

171 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

172 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

173 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

174 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

175 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

176 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

177 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

178 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

179 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

180 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)</p

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

____ / ____ / ____

Data. Saída

____ / ____ / ____

Nº. da Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS:

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

NOME DO PACIENTE:

DATA DO NASC.

____ / ____ / ____

SEXO: () Masc. () Fem.

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

LOG: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTEA (056)

LOGRADOURO: _____ **Nº** _____

BAIRRO: _____ **CEP:** _____ **TEL:** _____

TIPO DOC: 01 – PIS/PASEP () 02 – IDENT. () 03 – REGISTRO () 04 – CPF () 05 – IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. _____ **CID PRINC.** _____

ESPECIALIDADES: () 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. () 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO () 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: _____ **ANEST.:** _____

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				
USG ()				3073533

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HÓSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: Marcelo Douglas Gomes de Oliveira Idade: 15 Enfermaria: 5 Leito: 5

PREScrição MÉDICA E DIETA

DATA 12/02/15 07:00 AS 13:00 Ass. 13:00 AS 19:00 Ass. 19:00 AS 07:00 Ass.

1º TURNO 2º TURNO 3º TURNO

1. Dia 24 verde 500
2. lente de náilon 500
3. caso de caxumba 500
4. diuretico 500 15h em gotas
5. cerave 100 10h
6. urinase 100
7. vitamina C 100
8. vitamina E 100
9. vitamina B 100
10. vitamina D 100
11. vitamina E 100
12. vitamina C 100
13. vitamina B 100
14. vitamina D 100
15. vitamina E 100
16. vitamina C 100
17. vitamina D 100
18. vitamina E 100
19. vitamina C 100
20. vitamina B 100
21. vitamina D 100
22. vitamina E 100
23. vitamina C 100
24. vitamina D 100
25. vitamina E 100
26. vitamina C 100
27. vitamina D 100
28. vitamina E 100
29. vitamina C 100
30. vitamina D 100

Juliana S. Menezes
Enfermeira
CORENSE 354407

14:30h

Dr. Antonio E. Lobo Ave
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2508 - TEC 5424

11/02/15
Tec. Radiologia/Medica
CRM 0053

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE: MICHAEL AUGUSTO GOMES

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA

HISTÓRICO

01/02

PD. INVERSO DE SUTURA
MANOS SEM O DEDO ANTERIOR
DIA.Dr. Antônio F. Lobo Arce
Oncólogo - Trasplantador
CRM 2802 - TEC 6824

13/02

1º DPT - RDTI PNTI - 02/100

DB MA

2º DPT 103 PNTI, PNTI -
NÚCLEOS DIFUSOS DIFERENCIADOS

ALM JACSP MLO 1

Dr. Antônio F. Lobo Arce
Oncólogo - Trasplantador
CRM 2802 - TEC 6824

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

Cirurgico

LEITO:

PACIENTE:

Michel Douglas Gomes

IDADE:

15

SEXO:

M

REG.:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
12	9h	Pt. admitido neste setor. Residuante a sua residência em comunidade de S. Luiz do Paraitinga para cirurgia fratura de apitalete do lado esquerdo do pé.					
02		seu residuante em comunidade de S. Luiz do Paraitinga para cirurgia fratura de apitalete do lado esquerdo do pé.					
101		pt. responde a perguntas de forma lenta e desorientada. Pode ser que HPS + DHA + alterações de humor. Este é um jeito de encarar a realidade.					
09:50h		Admitido neste setor entre cirurgicos, proveniente da clínica cirúrgica, desorientado, consciente, orientado, verbalizando um companheiro de fábrica. Para se familiarizar com o procedimento cirúrgico.					
		Fratura de apitalete direito aos cuidados Dr. Laro.	90	140	3PM		
		Encaminhado para o posto de mesa cirúrgica, endolito, dorsal, monotorização.	90	89			
		Realizada AVP em MSE + SRL no 2º instante sem SRL.					
10:10h		início do ato anestésico, com desviação de apitalete de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. Júlio Brondum.	151	500			
10:20h		início do ato cirúrgico: prorrogação da fratura de apitalete, deslocamento lateral, monotorização, SRL anestésico bloqueio de plexo + sedação, endolito, em mesa cirúrgica, instabilidade dorsal, em uso de AVP em MSE + SRL + medicamentos, furadilox, D2266/mg. eletro de 8000. 10:30h Trans-Opa.	146	100			
		Fratura segue sem instabilidade.	146	100			
10:30		Termínio do ato cirúrgico, parte em uso de fita Kirchner nº 25 em local da fratura. procedi-	13				

Josineide Carvalho das Santos
Auxiliar de Enfermagem
COREN/SE 716

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR: E - E

LETO:

0-1

PACIENTE:

Michael Douglas Corleone

IDADE / S

SEXO

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glice
12/02	09:00	Sort. micto feito por Dr. e Lara.	83			146	SP02
19		Encaminhado para SAFA.	Joséneide Carvalho dos Santos				
	12:00	Concomitado para clínica cirúrgica - ef. Cadeo	Aux. de Enfermagem				
12	19:40	Prepte no lito calmo, consciente orientada	COREN/SE 716.173				
22		Verbalizando, agoniando, ofício imp.					
19		rever aiamatice, em uso de AVT no					
		MSG com sotovelhos, diurese e desidr.					
		Frante crista dura, fria e seca, no					
		momento sem queixas					
	20:00	Administrado abajurina 1gr + somf 40mg	Cassia + Brishane				
		+ digoxina 2,5 mg conforme prescrição					
		medica.	Cassia Renata Santos Maga				
22h		Deu medicinas de horário	COREN-SE 237320-46				
		Proteanid 100mg se conforme					
		prescrito					
23:00		Administrado medicinas de	Acessos 0608542				
		Insulina Cefotetina 1gr +					
		Dixoxina 1g or conforme pres					
		criar medica. Jonneide Serrate					
06h		Alimentado com queijos segun					
		doas cuidados da enfermagem no setor					
10/03 08:00		paciente saiu de alto hospitalar					
		pelos motivos da futura com					
		titular de rotina cerebral +					
		generalizado					

		Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/30x2	Und.	02	Unid
Alcool 70%	Und.	100ml	
Atadura Algodão Orop.	Und.		
Atadura Crepe 10cm	Und.		
Atadura Crepe 15cm	Und.		
Atadura Crepe 30cm	Und.	03	
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 M	Und.	01	
Catgut Cromado S/Agulha	Und.	01	
Catgut Simples C/Agulha	Und.		
Catgut Simples S/Agulha	Und.		
Clorexidina alcoólica	Und.		
Clorexidina aquosa	ml		
Clorexidina degermante	ml		
Coletor de Urina Simples	ml		
Coletor de Urina Fechado	Und.		
Compressa Campo Op. Gde.	Und.		
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	10	
Compressa de Gaze 7.5 x 7.5	Und.		
Cotonete	Und.	500	
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.		
Equipo Micro Gotas	Und.	01	
Equipo P Sangue	Und.		
Espatadrapo Comum	Und.		
Ethibond	Cm.	50cm	
Filtro de barreira	Und.		
Fio de Algodão	Und.		
Fita Adesiva Hospitalar	Und.		
Escola C. Degermação	Cm.		
Formol Líquido	Und.	04	
Gaze Algodoada	ml		
Alcool 70%	Und.	100ml	
Uracath	Und.	03	
Unha de Bisturi nº 24	Und.	02	
Uma Cirúrgica Descartável	Und.	02	
Unha Tubular	Und.	02	
Uropore	cm		

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	2-0/3-0	Und.
Povedine Degermante	MI	1
Povediné Tópico	MI	1
Prolene		1
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	01
Seringa Descartável 20ml	Und.	01
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	02
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 Reta	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Urneirinha 3 vias	Und.	
Ucril	Und.	11
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
eno de Succão	Und.	
eno de Tórax	Und.	
vas (par) 7,0	Und.	
vas (par) 7,5	Und.	02
vas (par) 8,0	Und.	02
vas (par) 8,5	Und.	
caras Descartáveis	Und.	
o	Und.	05
é	Und	06
odos	Par	06
Imprimido	Und	
Elétrico	Hora	05
or Cardiaco (cardioscópio)	Hora	
rio	Hora	
tro de Pulso	Hora	11
otóxido de azoto)	Hora	
Recuperação	Hora	11
	Taxa	
	Hora	
	Hora	11

latura da Enfermagem (por extenso)
Jeri nide

Medicção e Material Médico - Cirúrgico

Nome:

Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data:

12.02.18

Leito:

C-1

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Amoxicil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonado de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (diclofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0.4mg	Amp.	
Cisatracúrio	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.	
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	01
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Eftortil 0.01gr	Amp.	01
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Flanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0.1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	
Assinatura da Enfermagem (por extenso)		

Josinete Carvalho dos Santos

Aux. de Enfermagem

CORENSE 716.173

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidental 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	18	
Keflin	Amp.	00
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	01
Marcaina 0.5% c/v - 20ml	Amp.	
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	01
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Amp.	
Nausedron	Fr	
Neomicina pomada	Amp.	
Nibium	Gr	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	01
Omeprazol	Amp.	
Pancuron	Amp.	
Pavulon	Amp.	
Plasil	Amp.	
Profenid	22	
Propofol	Amp.	01
Prostigmine 0.5mg	Amp.	
Quelicin 100mg	Amp.	
Quelicin 500mg	Amp.	
Ranitidina	Amp.	
Remifentanil 2mg	Amp.	01
Ringer Lactato 500ml	Amp.	
Rocefin 1mg	Fr	02
Rocefin 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Fr	
Solu-cortef 500mg	Amp.	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0.9%	500ml	Amp.
Soro Glicosado 5%	02	Amp.
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Amp.	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	
Xilocaina 2% s/v	Amp.	01
Xilocaina Geleia	Fr.	

Cipro 400mg - fr

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

MICHAEL DENGAS SODREZ DORNAL

Diagnóstico Pré-operatório:

Fractura A3

Cirurgia realizada:

redução e fixação

Cirurgião:

DR. ANTONIO LARA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. JULIO

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

Fractura A3

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MEXIDO - MEXIBO
2. COLOCOU NO CAMPO
3. INICIOU CORRIDA SURGICAL
4. REDUZIU FRACO A SOLO
5. FIXAÇÃO C/ TIO KIMBERLY
6. SORVETE PRA PREDOMINAR A PENA
7. FIM
8. PIR AIO SANGUE

01/02/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2806 - TECOT 6824

Data:

____/____/____

Assinatura do cirurgião:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
 Paciente: Michel Douglas de Oliveira DN: 07.02.2004 BE: 622223

Material: OS cortes do lap

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 18/02/19

Número de Lote: 27

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Fornidura Mason

Data de Esterilização: 09/08/19

Data de Validade: 06/09/19

Número de Lote: 16019 160219

Autoclave: (Y) 1 () 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Capote

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 11/08/19

Número de Carga: 36

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Capote

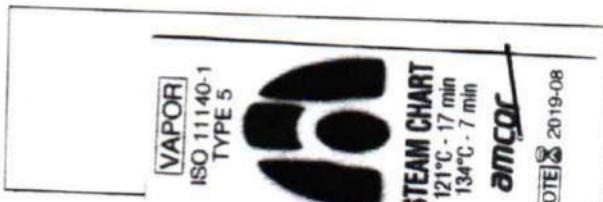
Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 11/08/19

Número de Carga: 36

Autoclave: () 1 (Y) 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: Blusão

Data de Esterilização: 08/08/19

Data de Validade: 08/08/19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



Material: de Kirschner 2/5

Data de Esterilização: 06-02-19

Data de Validade: 06-08-19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Enfermeira 120954



ASSINATURA DO PR

Josineide Góes de Souza
 Enfermeira de Enfermagem
 COREN/SE 71673



Bio Implantes

Produtos médico-hospitalares

AKL

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:

CIRURGIÃO:

PACIFITE

DATA DE NASCIMENTO:

CPF

17.10

NAME _____

62222

MILÃO - 01/02/1999 DATA DA CIRURGIA: 12/02/1999

ITEM EDITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSERVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,8 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		01
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		

VISTO E CARREGO no processo

Dr. Antonio
Oriente - Translations
GmbH - TEC1 GERA

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ N° 17.085.773/0001-94
Av. dos Engenheiros, n° 431, s/ 1001 | B. Manacás | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.860-300



CLINICA SAGRADA FAMILIA

Rua Antônio Francisco de Souza, 140 - Centro - N. Senhora da Glória/SE
(79) 3411-1200

ECG de Repouso

Dados do Paciente

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLI
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Data: 05/02/2019

Convênio: PARTICULAR

Hora: 11:24

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOIURT
CRM.

Laudo - 05/02/2019 17:30:43

Ritmo: Sinusal regular.

Frequência cardíaca: 89 bpm.

Eixo: Normal (sem desvios).

Onda P: 80 mms.

Intervalo PR: 160 mms.

Complexos QRS: Duração, eixo, morfologia e amplitude normais.

Segmento ST: Normal (sem supra ou infradesnívelamento).

Onda T: Morfologia habitual.

Intervalo QT: Duração normal.

Conclusão:

Eletrocardiograma dentro dos limites da normalidade.

DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg.Clin.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

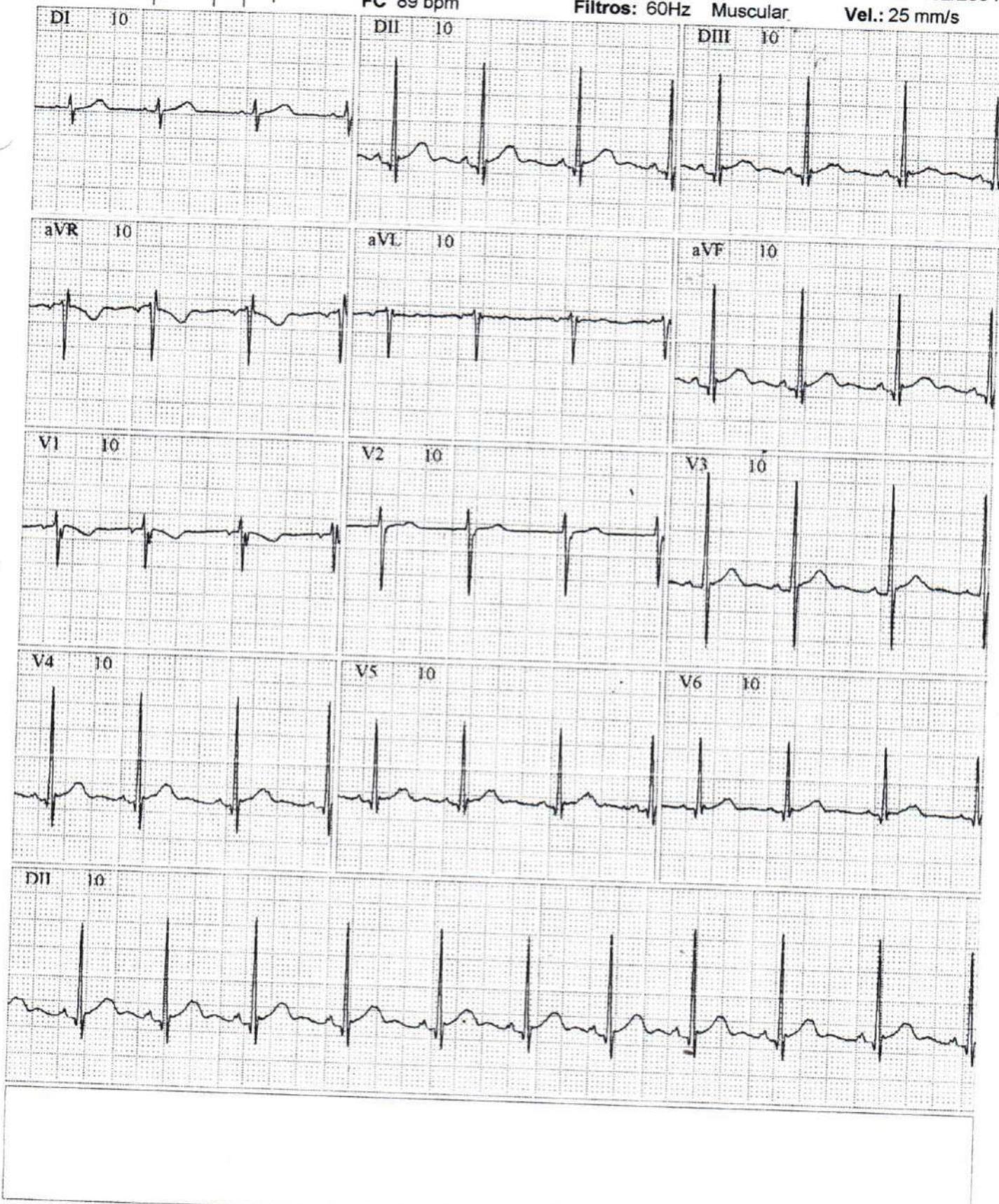
FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 05/02/2019

Nasc.: 07/02/2004

Vel.: 25 mm/s





CLINICA SAGRADA FAMILIA

Rua Antônio Francisco de Souza, 140 - Centro - N. Senhora da Glória/SE
(79) 3411-1200

ECG de Repouso

Dados do Paciente

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLI
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Data: 05/02/2019

Convênio: PARTICULAR

Hora: 11:24

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOIURT
CRM.

Laudo - 05/02/2019 17:30:43

Ritmo: Sinusal regular.

Frequência cardíaca: 89 bpm.

Eixo: Normal (sem desvios).

Onda P: 80 mms.

Intervalo PR: 160 mms.

Complexos QRS: Duração, eixo, morfologia e amplitude normais.

Segmento ST: Normal (sem supra ou infradesnívelamento).

Onda T: Morfologia habitual.

Intervalo QT: Duração normal.

Conclusão:

Eletrocardiograma dentro dos limites da normalidade.

DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg.Clin.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

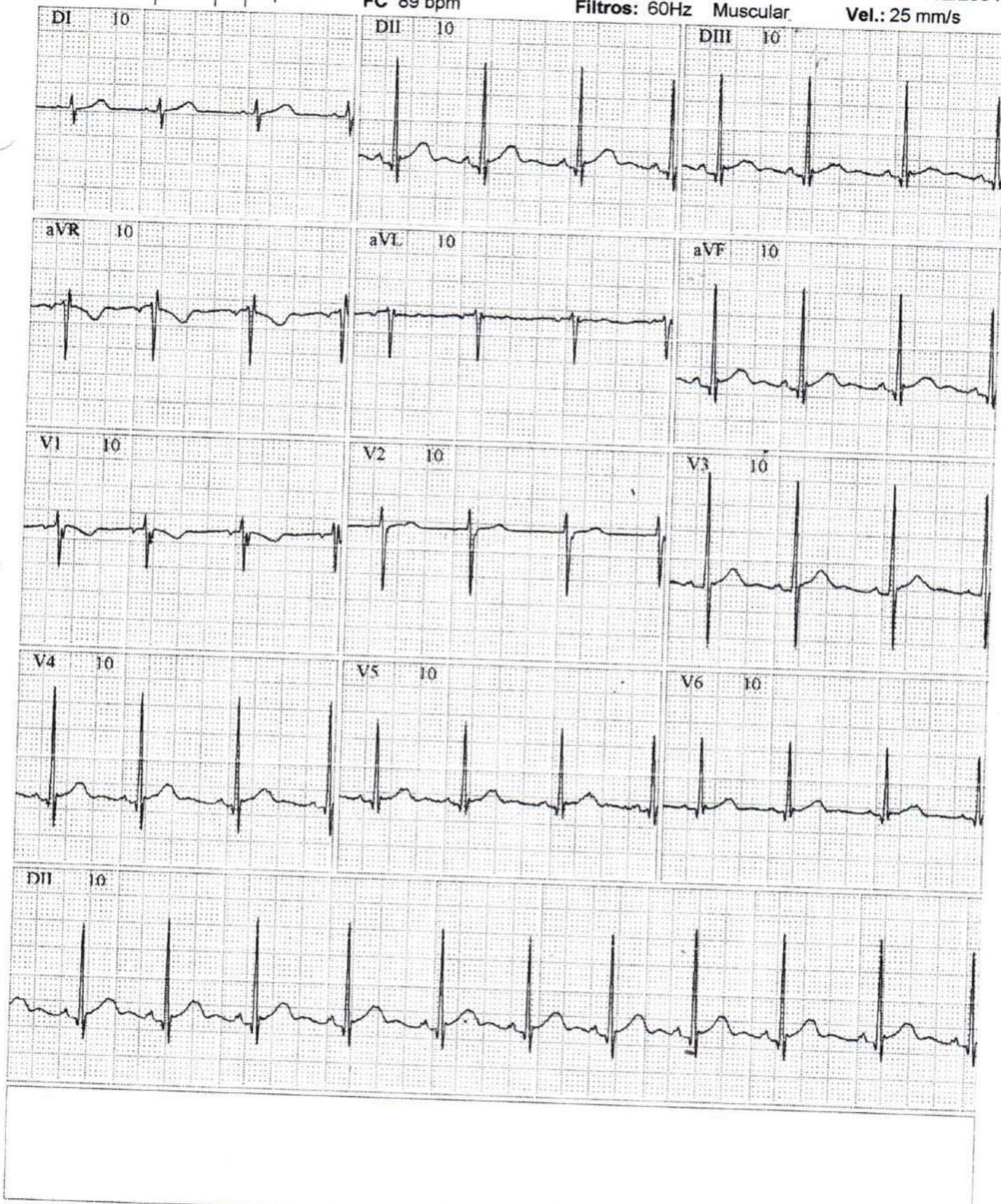
FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 05/02/2019

Nasc.: 07/02/2004

Vel.: 25 mm/s



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO
=====

FICHA DE INTERNACAO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 24660
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
Documento.....: 7,103,212-6 Tipo :
Data de Nascimento: 7/02/2004 Idade: 15 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE JAITON DE OLIVEIRA
Nome da Mae.....: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA
Endereco.....: POV. SITIO NOVAS 00 CASA
Bairro.....: ZONA RURAL
Telefone.....: 079.999235186 Cep.: 49810-000
Municipio.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 622223
Clinica.....: 650 - ENF "G" ADULTO - CIRURG
Leito.....: 999.0103
Data da Internacao: 12/02/2019
Hora da Internacao: 06:32
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE
Pr. ed. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: DRJESUS

INFORMACOES DE SAIDA

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

ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24660

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

Documento....: 7,103,212-6 Tipo:

Nascimento....: 07/02/2004

Estado Civil.:

Idade.....: 15 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel..: JOSE JAITON DE OLIVEIRA

Nome da Mae..: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

Endereco.....: POV. SITIO NOVAS,00 CASA CEP: 49810.000

Telefone.....: 079.999235186

Bairro.....: ZONA RURAL

Municipio....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 12/02/2019

INVESTPREV

12 JUN 2019



RECEITUÁRIO

Nome: Michael Douglas Gomes da Cunha

Felotólio M. M.

Paciente, 150ms, sexo masculino, favelita, de acidente de moto no dia 03/02/19, sofrendo fratura no braço direito. Por esse motivo, foi submetida a tratamento cirúrgico. No momento, permanece com sequelas tendo limitações e dificuldade para movimentar o braço direito.

ID: T92.1.

Dra. Ana Paula Pimentel
Med. 6157

Ass. e Carimbo / CRM

22 / 07 / 19

Data

INVESTPREV

23 JUL 2019

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO

Paciente: Nicel Douglas de Almeida DN: 07.02.2004 BE: 62 2223

Material: OS caminhos do fap

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 18/02/19

Número de Lote: 27

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



Material: Fernanda Mason

Data de Esterilização: 09/08/19

Data de Validade: 06/09/19

Número de Lote: 160219

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



Material: Capote

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 11/08/19

Número de Carga: 27

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



Material: Capote

Data de Esterilização: 11/02/19

Data de Validade: 11/08/19

Número de Carga: 27

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



Material: Blusão

Data de Esterilização: 08/08/19

Data de Validade: 06/09/19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



Material: Kit de Kirschner 215

Data de Esterilização: 06-02-19

Data de Validade: 06-08-19

Número de Lote: 96

Autoclave: () 1 () 2

Profissional e COREN: Camila 120 954



ASSINATURA DO PR

José de Oliveira dos Santos
Ass. de Enfermagem
COREN/SE 716



AKC

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE			
HOSPITAL:	Regional de Filhos		
PACIENTE:	Dr. Antônio Laranha		
CPF:	6222223-722-2004		
NOME DA MÃE:	Márcia de Fállio G. Laranha		
CIRURGIÃO:	DATA DE NASCIMENTO:		
	622223-722-2004		
	DATA DA CIRURGIA:		
	10/12/19		
ITEM EDITAL	DESCRIÇÃO DO MATERIAL / LOTE	QUANTIDADE UTILIZADA	OBSEVAÇÃO
	FIO DE CERCLAGEM 0,6 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,0 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,2 MM		
	FIO DE CERCLAGEM 1,5 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 1,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 2,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 3,0 X 300 MM	01	
	FIO DE KIRSCHNER 3,5 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,0 X 300 MM		
	FIO DE KIRSCHNER 4,5 X 300 MM		
VISTO E CARIMBO DO CIRURGÃO:			
 Dr. Antônio Laranha Cirurgião - Traumatologista CRM 2018 - RCTG Gerais			

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ N° 17.085.673/0001-84
 Av. dos Engenheiros, nº 431, s/n 1001 | B. Manzóis | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.640-300



CLINICA SAGRADA FAMILIA

Rua Antônio Francisco de Souza, 140 - Centro - N. Senhora da Glória/SE
(79) 3411-1200

ECG de Repouso

Dados do Paciente

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLI
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Data: 05/02/2019

Convênio: PARTICULAR

Hora: 11:24

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM. 3241

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOURT
CRM.

Laudo - 05/02/2019 17:30:43

Ritmo: Sinusal regular.

Frequência cardíaca: 89 bpm.

Eixo: Normal (sem desvios).

Onda P: 80 mms.

Intervalo PR: 160 mms.

Complexos QRS: Duração, eixo, morfologia e amplitude normais.

Segmento ST: Normal (sem supra ou infradesnívelamento).

Onda T: Morfologia habitual.

Intervalo QT: Duração normal.

Conclusão:

Eletrocardiograma dentro dos limites da normalidade.

DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM: 3241
Cardiologista Especialista
CRM: 3241



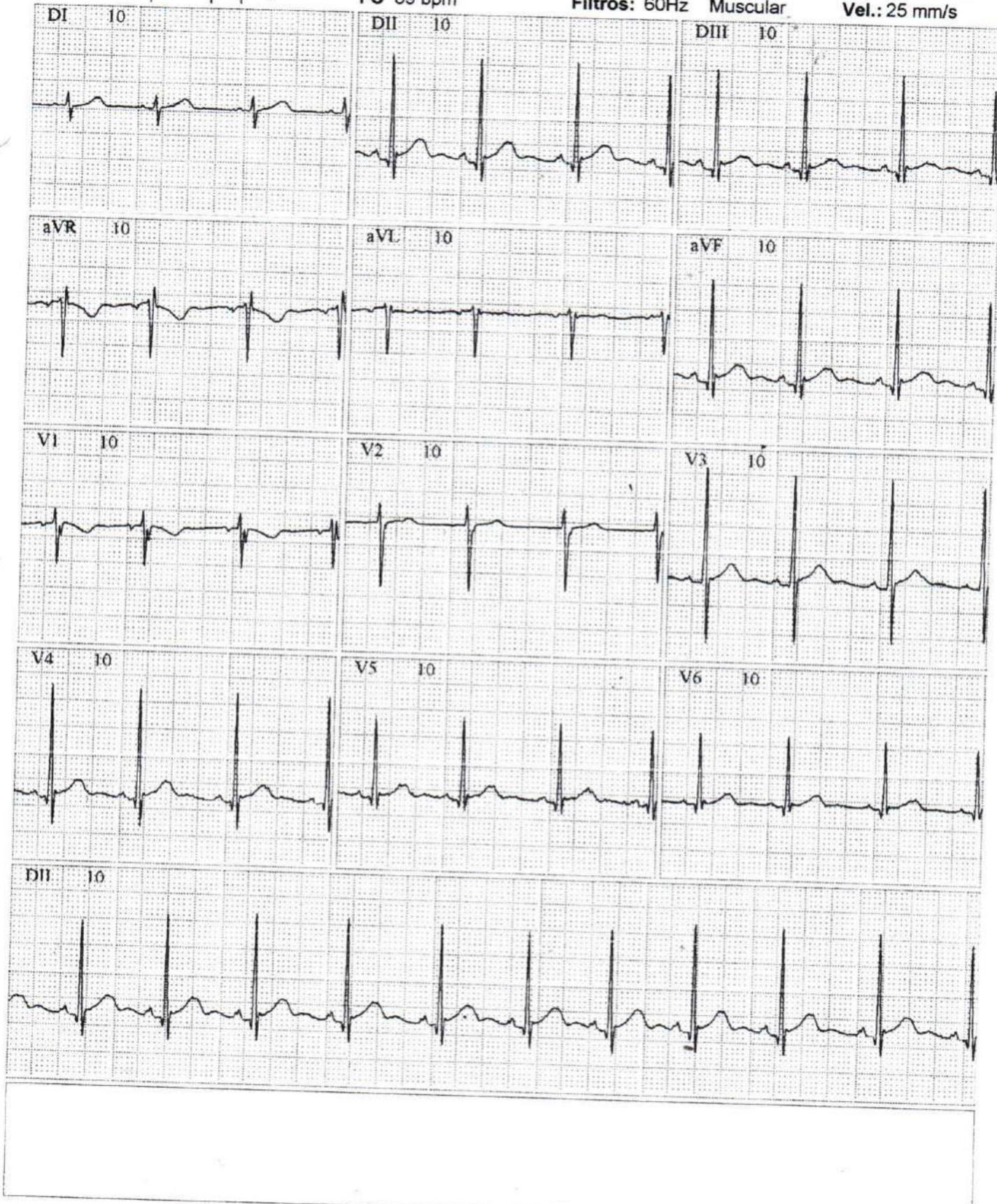
CLINICA SAGRADA FAMILIA
ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg.Clin.:
Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 05/02/2019
Nasc.: 07/02/2004
Vel.: 25 mm/s



HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 24660
Numero do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
Documento.....: 7,103,212-6 Tipo :
Data de Nascimento: 7/02/2004 Idade: 15 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE JAITON DE OLIVEIRA
Nome da Mae.....: MARIA DE FATIMA. GOMES DA SILVA
Endereco.....: POV. SITIO NOVAS 00 CASA
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49810-000
Telefone.....: 079.999235186
Municipio.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 622223
Clinica.....: 650 - ENF "G" ADULTO - CIRURG
Leito.....: 999.0103
Data da Internacao: 12/02/2019
Hora da Internacao: 06:32
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE
Pr. ed. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: DRJESUS

INFORMACOES DE SAIDA

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

ABAIXO ASSINADO DECLARA QUE,

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

No. Registro.: 24660

Numero do CNS: 0000000000000000

Nome.....: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

Documento....: 7,103,212-6 Tipo:

Nascimento....: 07/02/2004

Estado Civil.:

Idade.....: 15 - ANOS Cor:

Sexo.....: MASCULINO

Responsavel...: JOSE JAITON DE OLIVEIRA

Nome da Mae...: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA

Endereco.....: POV. SITIO NOVAS,00 CASA CEP: 49810.000

Telefone.....: 079.999235186

Bairro.....: ZONA RURAL

Municipio....: 2805406 - POCO REDONDO - SE

Nacionalidade: BRASILEIRO

Naturalidade.: SERGIPE

Cadastramento: 12/02/2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723
CNS:DATA: 03/02/2019 HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS
SETOR: 05-SUTURA

NOME : MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
 IDADE: 15 ANOS NASC: 07/02/2004
 ENDERECO: POV. SITIO NOVAS
 COMPLEMENTO: CASA
 MUNICIPIO: POCO REDONDO BAIRRO: ZONA RURAL
 NOME PAI/MAE: JOSE JAITON DE OLIVEIRA UF: SE CEP...: 49810
 RESPONSAVEL: A MAE /MARIA DE FATIMA GOMES DA
 PROCEDENCIA: POCO REDONDO - SE TEL...: 079.9
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
 EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE : [] URINA [] T
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Facundi ultima de queda de moto há 4 horas. Vista fer
 urinaria. Sangue. dor abdominal quadrado
 dor abdominal quadrado

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICA

(6-3) de antibiótico D 200

(6) Fita de gelatina

(6) Fita de cinturada

FV

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORA DA SAIDA: :
 [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

Assinatura do paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

Eu, Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira sexo M() F() DN: 21/02/1978

R.G: 33169257 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

João da Silva e Maria Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

Venho, através deste, requerer a V. Sr^a, o seguinte documento:

a) Relatório Médico ()

FAE ortop.

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (X) 12.02.2019

c) Cópia da Ficha de Atendimento da Urgência/Emergência (X) 03.02.2019

HI: _____

Data do Atendimento: 1/1/

AIH - Rendônia AS ortopedus
enfermeiros

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira DN: 07/02/2004, sexo M (X) F()

R.G: 7.103.212-6 SSP/ SE C. P. F: _____ filho (a) de

João Faílton de Oliveira

e Maria de Fátima Gomes da Silva

Residente e domiciliado (a): Av: JK sítios novos

Nº: 526 Na cidade de Paço Redondo Fone: 9923-5186

Como representante legal () incapaz () falecido () através de procuração.

OBS: Prazo de entrega da documentação solicitada para AIH é de 40 dias e da ficha do
primeiro atendimento - FAE é 20 dias.

Itabaiana - SE, 13/02/2019

Atenciosamente,

Maria de Fátima Gomes da Silva Oliveira



DADOS DO PACIENTE

NOME: Michael Douglas C. da Cunha

SEXO FEM. MASC. IDADE: 14,5 ESTADO CIVIL:

ENDERECO: Rua 10 Poco Redondo FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: H. N. Itabuna (Brigadeiro).

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Grave infarto de责eur de modo hiper
tensivo das eletrocardiogramas do eletrodo
D. (troponina) 1000000 e 150
EKG feito horas mais tarde, 16/6/15

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Thrombólise

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Proteção da origem.

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZA

as ORT

 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES 4 - CNES					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE <i>MICHAEL DOWSASS GOMES DE OLIVEIRA</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>1 / 1 /</i>	9 - SEXO MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM. <input type="checkbox"/> 3	10 - RACA / COR			
11 - NOME DA MAE		12 - DDD 12 - TELEFONE DE CONTATO					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - DDD 14 - TELEFONE DE CONTATO					
15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		16 - DOC					
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		18 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 19 - UF 20 - CEP					
21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS						JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
<i>Franca ossa do assento de r</i>							
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Trnt. Guillain</i>							
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Re nro 20050 da AP/8</i>							
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Prnt. nro 10000</i>		25 - CID 10 PRINCIPAL <i>350</i>	26 - CID 10 SECUNDÁRIO		27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>recom encaxo fix</i>		PROCEDIMENTO SOLICITADO				29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0404020423</i>	
30 - CLÍNICA		31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		32 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>CRM 2008</i>	
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		35 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>1 / 1 /</i>		36 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO PROFISSIONAL) <i>CRM 2008</i>			
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ DA SEGURADORA		41 - N° DO BILHETE		42 - SÉRIE	
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR		43 - CNPJ DA EMPRESA		44 - CNAE DA EMPRESA		45 - CBOR	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO		48 - COD. ORGÃO EMISSOR		53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1 /</i>		52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					

PRONTUÁRIO DE CLINICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

____ / ____ / ____

Data. Saída

____ / ____ / ____

Nº. da Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS: _____ / _____ / _____ / _____ / _____

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DO NASC. _____ / _____ / _____ **SEXO:** () Masc. () Fem.

NOME DA MÃE: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

LOG: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTEA (056)

LOGRADOURO: _____ **Nº** _____

BAIRRO: _____ **CEP:** _____ **TEL:** _____

TIPO DOC: 01 – PIS/PASEP () 02 – IDENT. () 03 – REGISTRO () 04 – CPF () 05 – IGNORADO ()

Nº. DOCUMENTO: _____

IDENTIFICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

PROCED. SOLIC. _____ **CID PRINC.** _____

ESPECIALIDADES: () 01 CIRURGIA () 03 CLÍ. MÉDICA () 07 PEDIATRIA.

CARATER DE INTERNAÇÃO: () 01 ELET. () 02 URG.

MOTIVOS DE SAÍDA: () 41 ÓBITO () 12 ALTA M. () 14 ALTA PEDIDO () 16 EVASÃO () 31 TRANSF.

PROF. SOLICIT.: _____ **ANEST.:** _____

PROCED. REALIZADO	QUANT.	PROCEDIMENTO	CBO	CNES
CONS. AVAL. PCTE. INTERN.		0301010170		2477661
EXAME PRÉ TRANSF.		0212010034		2477661
TRANSF. UNID. DE SANGUE		0306020149	223505	2477661
ACOMPANHANTE (IDOSO)		0802010040		2477661
ACOMPANHANTE (CRIANÇA)		0802010024		2477661
EXAME PATOLÓGICO		0203020030		2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
Tomografia ()				0002895
Tomografia ()				0002895
ECG				
USG ()				3073533

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome: Marcelo Douglas Gonçalves da Oliveira

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Idade: 15 Enfermaria: 5 Leito: 5

12/02/15

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

1º TURNO

2º TURNO

3º TURNO

2. Ver no colo seu saco na parte
3. Casco seco ou suco
4. Dentes de 15 e 16
5. Casco seco das
6. Casco seco das

500g

08

10

Rotina

500g

14

20

26

28

30

32

34

36

38

40

42

44

46

48

50

52

54

56

58

60

62

64

66

68

70

72

74

76

78

80

82

84

86

88

90

92

94

96

98

100

102

104

106

108

110

112

114

116

118

120

122

124

126

128

130

132

134

136

138

140

142

144

146

148

150

152

154

156

158

160

162

164

166

168

170

172

174

176

178

180

182

184

186

188

190

192

194

196

198

200

202

204

206

208

210

212

214

216

218

220

222

224

226

228

230

232

234

236

238

240

242

244

246

248

250

252

254

256

258

260

262

264

266

268

270

272

274

276

278

280

282

284

286

288

290

292

294

296

298

300

302

304

306

308

310

312

314

316

318

320

322

324

326

328

330

332

334

336

338

340

342

344

346

348

350

352

354

356

358

360

362

364

366

368

370

372

374

376

378

380

382

384

386

388

390

392

394

396

398

400

402

404

406

408

410

412

414

416

418

420

422

424

426

428

430

432

434

436

438

440

442

444

446

448

450

452

454

456

458

460

462

464

466

468

470

472

474

476

478

480

482

484

486

488

490

492

494

496

498

500

502

504

506

508

510

512

514

516

518

520

522

524

526

528

530

532

534

536

538

540

542

544

546

548

550

552

554

556</

UNIDADE HOSPITALAR: Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE: MICHAEL AUGUSTO SANTOS

IDADE:

SEXO:

RES:

DATA

HISTÓRICO

01/02

PD. INMUNO A MUITOS SABERES
INCLUIndo OS DE AUTOBUS, CD
DIA.Dr. Antonio F. Lora Arce
Oncólogo - Transplantador
CRM-2020 - TECI-0024

13/02

1º DPD - 10FI 300I - 026100

DB 10A

2º DPD 10A 100% VIDA, 100% -
NÚMEROS DIFÍCILS DIFERENCIAR

ALIN FABRAS PINHEIRO

Dr. Antonio F. Lora Arce
Oncólogo - Transplantador
CRM-2020 - TECI-0024

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

Cirurgia

LEITO:

PACIENTE:

Michel Douglas Gomes

IDADE:

15

SEXO:

M

REG.:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
12	9h	Foi admitido neste setor. Encaminhado a sua residência em comunhão de Sistóres para fins de atendimento aos cuidados do Dr. Flávio para HPS + OR + abrigo no momento este em joga. Foi encaminhado ao CC em ordem.					
02							
10							
09:50h		Admitido neste setor entre cirurgias, proveniente da clínica cirúrgica, deambulando, consciente, orientado, verbalizando, um companheiro de militar. Para se submeter-se à procedimento cirúrgico.					
		Fixação de antebraço direito aos cuidados Dr. Lira.	90	140	8	PA	
		Encaminhado para o posto de mesa cirúrgica, vendado - bico, dorsal, monotorizado.	90	99	7		
		Realizado AVP em MSE e sangue no 20 instâncias com SRL.					
10:10h		inicio do ato anestésico, anestesia de bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. Júlio Brondum.	90	151	500		
10:20h		inicio do ato cirúrgico: pratica de luxação e luxo distal, passo lateral, monotorizado, SRL anestesia bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito em mesa cirúrgica, sedação d'água dorsal em uso de AVP em MSE + SRL + medicamento, luxadura, D2266mL. eletro. tipo de círculo. 10:30h Trans-Op. cirúrgico segue sem intercorrência.	89	100	100		
10:30h		Termínio do ato cirúrgico, parte em uso de fita Kirchner no 25 em local da fratura. procedi-					

COREN 724109
Aux. de Enfermagem
Joséfa da Hora S. Sales

Josineide Carvalho dos Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 715

UNIDADE HOSPITALAR:		Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho		SETOR:		LEITO:				
PACIENTE:		Michael Douglas Corrêa		IDADE: 15		SEXO: M		REG.:		
DATA		HORA		EVOLUÇÃO		T	P	R	PA	Glic.
12/02	79	12:00	12:30	Fonte: muito feito por Dr. Zara. Encaminhado para SAPA.	Joséneide Carvalho dos Santos Aux. de Enfermagem COREN/SE 716.173	83	146	57	100	
12/02	12:30	12:40	12:50	Concomitado para clínica eng. 12 - ef. Cadeo		36.6	122	110		
12/02	12:40	12:50	13:00	Brigante no bico calmo, consciente orientada, verificando, acompanhado, abdômen esp						
12/02	13:00	13:10	13:20	never, acometido em uso de AVT no						
12/02	13:20	13:30	13:40	USG com sonografia; diurese e digest						
12/02	13:40	13:50	14:00	flente, orientada, conta data, hora, no						
12/02	14:00	14:10	14:20	momento sem queixas						
12/02	14:20	14:30	14:40	Administrado cefotaxime 1gr + 10ml 10% +						
12/02	14:40	14:50	15:00	+ dipirona 2.5g a/ conforme prescriç						
12/02	15:00	15:10	15:20	metida.						
12/02	15:20	15:30	15:40	22h: Solu. medicada de boloário						
12/02	15:40	15:50	16:00	profenid 100mg a/ conforme						
12/02	16:00	16:10	16:20	prescrito						
12/02	16:20	16:30	16:40	Administrado medicina de						
12/02	16:40	16:50	17:00	tratamento cefotaxime 1gr +						
12/02	17:00	17:10	17:20	Dipirona 1g a/ conforme						
12/02	17:20	17:30	17:40	Enxôs medicos. Tomada SANTOS						
12/02	17:40	17:50	18:00	Rececente bem queixas segue						
12/02	18:00	18:10	18:20	nos cuidados da enfermagem. Dr. Selange						
12/02	18:20	18:30	18:40	08:45 paciente saiu de alto hospitalar						
12/02	18:40	18:50	19:00	pelo médico Dr. Autuno. Some						
12/02	19:00	19:10	19:20	litorânea rebola. Recebe +						
12/02	19:20	19:30	19:40	verbalizar						
12/02	19:40	19:50	20:00	fter jantar 220411						

Medicção e Material Médico - Cirúrgico

Nome:

Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data: 10.02.18

Leito: 0-1

Descrição	Und	Qtde
Adrenalina Sol. Molesimal	Amp.	
Água bidestilada 10ml	Amp.	
Água Oxigenada	Fr.	
Amicacina 100mg	Amp.	
Amicacina 250mg	Amp.	
Aminofilina	Amp.	
Ampicilina 1gr	Amp.	
Ampicilina 500mg	Amp.	
Amplicil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonado de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflan (dielofenaco)	Amp.	
Cedilanide 0,4mg	Amp.	
Cisatracúrio	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.	
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	01
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0,2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	
Efortil 0,01gr	Amp.	01
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Itanil 2ml 10ml	Amp.	
Flumazenil 0,1mg	Amp.	
Garamicina 10mg	Amp.	
Garamicina 20mg	Amp.	
Garamicina 40mg	Amp.	
Garamicina 80mg	Amp.	
Gardenal 200ml	Amp.	
Glicose 25%	Amp.	
Glicose 50%	Amp.	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Josineide Carvalho dos Santos

Aux. de Enfermagem

CORENSE 716.173

Descrição	Und	Qtde
Gluconato de Cálcio	Amp.	
Heparina 5000 UI/ml	Amp.	
Hidental 250mg	Amp.	
Insulina	Amp.	
Kanakion	Amp.	
Kefazol	Amp.	18
Keflin	Amp.	00
Ketalar 50mg - 10ml	Amp.	
Lasix 20mg	Amp.	04
Marcaina 0,5% c/v - 20ml	Amp.	
Marcaina Pesada 4ml	Amp.	01
Megapen 5.000.000 UI	Amp.	
Metronidazol 500mg (flagyl)	Amp.	
Nausedron	Fr	
Neomicina pomada	Amp.	
Nibium	Gr	
Nilperidol	Amp.	
Novalgina (dipirona)	Amp.	01
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.	01
Ringer Lactato 500ml	Amp.	
Rocefín 1mg	Fr	02
Rocefín 500mg	Amp.	
Sevoflurano	Amp.	
Solu-cortef 500mg	Fr	
Solu-cortef 100mg	Amp.	
Soro Fisiológico 0,9%	Amp.	
Soro Glicosado 5%	Amp.	500ml 02
Sulfato de Magnésio 50%	Amp.	
Tramal 100 mg	Amp.	
Xilocaina 1% c/v	Amp.	
Xilocaina 1% s/v	Amp.	
Xilocaina 2% c/v	Amp.	
Xilocaina 2% s/v	Amp.	01
Xilocaina Geléia	Fr.	

Cipro 400mg - fr

	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/30x2	Und.	03
Alcool 70%	Und.	100ml
Atadura Algodão Ortop.	Und.	
Atadura Crepe 10cm	Und.	
Atadura Crepe 15cm	Und.	
Atadura Crepe 30cm	Und.	03
Atadura Gessada 10cm	Und.	
Atadura Gessada 20cm	Und.	
Azul de Metileno	Und.	
Bola de Algodão	MI	
Cateter P. Oxigenoterapia (óculos)	Und.	01
Catgut Cromado C'Aguilha	Und.	01
Catgut Cromado S'Aguilha	Und.	01
Catgut Simples C'Aguilha	Und.	
Catgut Simples S'Aguilha	Und.	
Clorexidina alcólica	Und.	
Clorexidina aquosa	ml	
Clorexidina degermante	ml	
Coletor de Urina Simples	Und.	
Coletor de Urina Fechado	Und.	
Compressa Campo Op. Gde.	Und.	
Compressa Campo Op. Pna.	Und.	15
Compressa de Gaze 7,5 x 7,5	Und.	
Cotonete	Und.	561
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.	
Equipo Micro Gotas	Und.	01
Equipo P Sangue	Und.	
Espadrado Comum	Und.	
Lithibond	Cm.	56cm
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Und.	
Escola C Degermação	Cm.	
Formol Líquido	Und.	04
Gaze Algodoadada	MI	
Gelco nº 20	Und.	
Irracath	Und.	15
Lâmina de Bisturi nº 24	Und.	
Luva Cirúrgica Descartável	Und.	02
Malha Tubular	Und.	
Micropore	cm	

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	2-0/3-0	Und.
Povedine Degermante	MI	
Povedine Tópico	MI	± 80ml
Prolene		
Scalp	Und.	
Seringa Descartável 1ml	Und.	
Seringa Descartável 3ml	Und.	01
Seringa Descartável 5ml	Und.	01
Seringa Descartável 10ml	Und.	01
Seringa Descartável 20ml	Und.	01
Sonda de aspiração Traqueal	Und.	03
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	extenso	01
Vicril	Und.	
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Succión	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7,0	Und.	02
Luvas (par) 7,5	Und.	02
Luvas (par) 8,0	Und.	02
Luvas (par) 8,5	Und.	
Máscaras Descartáveis	Und.	
GORRO	Und.	05
Pro pé	Und	06
Latex	Par	06
Eletrodos	Und	
Ar Comprimido	Hora	05
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardiaco (cardioscópio)	Hora	
Oxigênio	Hora	5m/110
Oxímetro de Pulso	Hora	
N20 (protóxido de azoto)	Hora	11
Sala de Recuperação	Taxa	
Vácuo	Hora	11
Furadeira	Hora	

Assinatura da Enfermagem (por extenso)
Jesuinaide



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente

MICHAEL DENGAS SOARES DE VASCONCELOS

Diagnóstico Pré-operatório:

Fractura avascular A3

Cirurgia realizada:

redução e fixação

Cirurgião:

DR. ANTONIO LARA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. JULIO

Anestesia:

Diag. Pos-operatório:

Fractura avascular A3

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MEXENDO - PELVÍS
2. COLEMAN NO CAMPÃO
3. INCISÃO PORASSE MEXENDO
4. REDUÇÃO MEXENDO A SOLDA
5. FIXAÇÃO C/ FIO KIRSCHNER
6. SUTURA PRA PESO DO PÉ
7. FURMADO
8. PIR SÓ GUARAGUA

01/02/19

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2808 - TECOT 6824

Data:

____/____/____

Assinatura do cirurgião:

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: **090.547.205-57** Nome completo da vítima: **Michael Douglas Gomes De Oliveira**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Michael Douglas Gomes De Oliveira** CPF: **090.547.205-57**
 Profissão: **Jardineiro** Endereço: **Por Esas nobas** Número: **SIN** Complemento: **escusa**
 Bairro: **Zona rural** Cidade: **Paco Rudivo** Estado: **SC** CEP: **49.880-000**
 E-mail: **mercedesduarte90@gmail.com** Tel.(DDD): **29.99189207**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO: 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Banuse**

AGÊNCIA: **018** CONTA: **01/013369 3** (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: 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
 nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
 pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: **gr. Sra Da Glória 22.05.19**
 Nome: _____
 CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

28 MAI 2019

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(* 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.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/04/2019 12:24 Data/Hora Fim: 15/04/2019 12:44
Delegado de Polícia: Fábio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 03/02/2019 08:30

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)
Logradouro: povoado sítio oleo

Bairro: Comunidade Sítio

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE JAILTON DE OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Laranjeiras Sexo: Masculino Nasc: 05/07/1967
Profissão: Policial Militar
Estado Civil: Casado(s)

Nome da Mãe: Guiomar Maria Jose Santana de Oliveira Nome do Pai: Jose Antonio de Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 921849
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 449.891.995-53

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: avenida jk
Bairro: sítios novos
Telefone: (79) 96540-3257 (Celular)

INVESTPREV

28 MAI 2019

Nº 526

CEP: 49.810-000

Nome Civil: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 07/02/2004
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria de Fátima Gomes da Silva Nome do Pai: Jose Jailton de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 090.547.205-67

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 085.915.795-90	Placa: QMC2355
Renavam: 01146592318	Número do Chassi: 9C2JB0100JR021722



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040267/2019

Ano/Modelo Fabricação 2018/2018

Cor VERMELHA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Poço Redondo

Marca/Modelo HONDA/POP100

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido

Envolvimentos

Michael Douglas Gomes de Oliveira

Exibidor

RELATO/HISTÓRICO

NARRA o noticiante que o seu filho se envolveu em um acidente automobilístico quando estava na garupa de uma motocicleta e trafegava pela rodovia estadual SE 230, nas imediações do Povoado Sítio Óleo; QUE após colidir com uma vaca, o seu filho caiu sofrendo fraturas no braço direito, sendo conduzido por populares a UPA POÇO REDONDO e em seguida transferido ao Hospital da cidade de Itabaiana; QUE o saldo deste acidente resultou na morte do condutor da motocicleta, ABRAÃO CORREIA DA SILVA. É o relato.

ASSINATURAS

José Roberto de Melo Santos
CARTÓRIO
Dep.º Poco Redondo/SE
Responsável pelo Atendimento

Jose Jailton de Oliveira
(Comunicante)

Declaro que no devo ser beneficiário da presente declaração, e que a mesma não deve ser considerada como prova de que eu sou membro da Igreja Católica ou de que sou credor da presente declaração que devo receber.

INVESTPREV

Até

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723
CNS:

DATA: 03/02/2019 HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS
SETOR: 05-SUTURA

NOME: MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
IDADE: 15 ANOS NASC: 07/02/2004
ENDERECO: POV. SITIO NOVAS
COMPLEMENTO: CASA
MUNICIPIO: POCO REDONDO
NOME PAI/MAE: JOSE JAITON DE OLIVEIRA
RESPONSAVEL: A MAE
PROCEDENCIA: POCO REDONDO - SE
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL: NAO
ACID. TRABALHO: NAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE
BAIRRO: ZONA RURAL
UF: SE CEP: 49810-186
/MARIA DE FATIMA GOMES DA
TEL: 079.9
TRAJUA: NAO

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

Facundo caiu de uma moto na 4 hora. Vira deu
se para trás. Ficou com dor no abdômen e quadri
mais. Informado em ambulância D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICA

(i) F - 1 de antibraco D 271
(ii) Fita de curral
(iii) Fita de ortopedia

DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA:
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

Assinatura do paciente e responsável

INVESTPREV

28 MAI 2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Carimbo do médico

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723
CNS:

DATA: 03/02/2019 HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS
SETOR: 05-SUTURA

NOME : MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA IDENTIFICACAO DO PACIENTE
 IDADE : 15 ANOS NASC: 07/02/2004 DOC...: 7,10
 ENDERECO : POV. SITIO NOVAS SEXO..: MASC
 COMPLEMENTO : CASA NUMERO: 00
 MUNICIPIO : POCO REDONDO BAIRRO: ZONA RURAL
 NOME PAI/MAE : JOSE JAITON DE OLIVEIRA UF: SE CEP...: 49810
 RESPONSAVEL : A MAE /MARIA DE FATIMA GOMES DA
 PROCEPENCIA : POCO REDONDO - SE TEL...: 079.5
 ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO 186
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

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

EXAMES: [] RAIO X [] SANGUE : [] URINA [] T
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAF
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATAMENTOS:

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

DADOS CLINICOS: SIM NAO
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____
Faciente sentiu surto de pavor de norte há 4 horas. Vaga de
desmaio. Glasgow 12. Unas horas. Abdome e quadril
maior. Informado em ambulancia

DIAGNOSTICO.

INVESTPREV

CID:

HORARIO DA MEDICA

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 18HS 100

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS | [] FAMILIA [] TMT

~~ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL~~

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

१९६२७