

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 OLIVEIRA **Data do acidente:** 03/02/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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 ULNA 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

MICHAEL DOUGLAS OLIVEIRA
GOMES

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPRACITADO COM DIAS-
NOSTICO DE FRATURA DO
RASTILHO, REALIZOU TRAT.
QUIRÚRGICO.

ORIENTADO C/ FRATURA
CONSOLIDADA E REABILITADO

25/05/19

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

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

INVESTPREV

28 MAI 2019

Nº DE
INSC.

66-563

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

14, and

Michael Douglas Gomes de Oliveira DATA: 03.02.2019

DATA: 03/02/2019

DATA DE NASCIMENTO: 07/12/2004 SEXO: Max

SEXO: max

PAI: José Lillton de Oliveira
MÃE: Maria de Fátima Gomes da Silva

PAI: José Augusto de Almeida
MÃE: Maria de Fátima Gomes de Silva.

Rep. Sinto Nervos

REFERÊNCIA: *1000 RED/THOR/GE*

Estudome

RESPONSÁVEL: *H. J. J. J.*

ALERGIA

Handwritten signature: *Handwritten signature*

CARDIOPATIA

DIABETES

EPILEPSIA

HANSENIASE

HEMORRAGIA

HEMOFILIA

HIPERTENSÃO

PSICOPATIA

TUBERCULOSE

TIPO DE SANGUE

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

Veau is stable. In report
quite a note here & again
in my notes with MS &
a. and a. ~~discovery~~ in the case-
book and so (from paper?).

Col J. Ingalls

2- K. p. g. d. d. g. h. o. u. r.

2. Abwehr - homot, to

A hand-drawn diagram on lined paper showing a figure-eight shape. The shape is formed by two loops that meet at a central point. The loops are drawn with a single continuous line. The diagram is labeled with 'a' and 'b' at the ends of the horizontal segments, and 'c' and 'd' at the ends of the vertical segments. The text 'a b c d' is written below the diagram.

b 21:45 - Prt encaminhado para a Regional de Itabirana para avaliação do endereço acompanhado pela guarnição. conduta: none

Marcelo Costa Lima
ROBEN-SE 536502

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
IDADE.....: 15 ANOS NASC: 07/02/2004 DOC....: 7,10.
ENDERECO.....: POV. SITIO NOVAS SEXO...: MASCUL
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL NUMERO: 00
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810
NOME PAI/MAE...: JOSE JAIRON DE OLIVEIRA /MARIA DE FATIMA GOMES DA
RESPONSAVEL....: A MAE TEL....: 079.9
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE 186
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] T
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

paciente vítima de queda de moto há 4 horas. Vozes de
seus amigos. Gargalhadas. urina. cor. abdome. quadril
nao. Sufocação em antebraço D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

1. 1. de antebraço D (2P)

2. Alta da 2.ª hora.

3. 1. de ortopedia

AV

DATA DA SAIDA: ____/____/____

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: ____:____

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

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

Carimbo do Hospital Reg. Dr. Pedro Garcia Moreno
Data: 03/02/2019
Hora: 23:48
Assinatura: [assinatura]

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

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

R.G: 33169237 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

Jose da Silva e Marina Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

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

a) Relatório Médico ()

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (x) 12.02.2019 ^{FAB ortop.}

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

HI: _____

Data do Atendimento: ____/____/____

AIH - Renda AS ortopedias
enfermagem

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira 01.07.02.2004, sexo M (X) F ()

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

Jose Gailton de Oliveira e Maria de Fátima Gomes da Silva

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

Nº: 526 Na cidade de poço 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 dos Santos Oliveira

DADOS DO PACIENTE

NOME: *Michael Douglas C. de Oliveira*

SEXO: ☐ FEM ☒ MASC IDADE: *45* ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: *P.O. Redondo* FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: *H. P. 2 Telavim (origem)*

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

*Doença crônica de origem de modo hfe
para dor e desconforto do o. pulmões
D. (trator) ? ? ? ? ?
Não há hemorragias nem ECG*

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Inalador

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Proteção de origem

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

03/02/19

Local e Data

[Signature]
Médico
CRM 5549



SUS 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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDO 12 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

DDO 14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - DOC

18 - CDD. 19GE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRANCA QTD DO ADOLESCENTE
na

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TUM. GUTTERO

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

RA DO ADOLESCENTE na DP/8

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TUM. NDOU LHA

25 - CID 10 PRINCIPAL

3 50

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0404020423

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() REEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

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

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS:

NOME DO PACIENTE:

DATA DO NASC.

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

SEXO: () Masc. () Fem.

LOG: () RUA(081) () AV.(008) () TVA(100) () PRAÇA(065) () CONJ.(020) () POV.(092) () LOTE(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				3073533
USG ()				

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Michael Douglas Gomes de Oliveira

Idade: 15

Enfermarias: E

Leito: 5

1º TURNO

2º TURNO

3º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

13:00 AS 19:00

Ass.

19:00 AS 07:00

Ass.

1.	DIETA LIVRE	5ml			
2.	PROFUSÃO VAO ml de PLINA	500			
3.	CEFAZOLINA 01g em 24h	08			
4.	DIETAS 015h em 24h	08	14		
5.	CEFAZOLINA 015h em 24h	10	14		
6.	CEFAZOLINA 015h em 24h				
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.	13let/15				
17.					
18.	DIETAS				
19.	DIETAS				
20.	DIETAS				
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Dr. Antonio E. Lara Aze
Oncologia - Transmissão
CRM 2500 - TEOT 6004

Juliana S. Menezes
Enfermeira
CORENSE 359407
14:30h

Dr. Antonio E. Lara Aze
Oncologia - Transmissão
CRM 2500 - TEOT 6004

Gilvan Bezerra do Nascimento
Téc. Radiologia Médica
CRM 0053
10/10/15

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

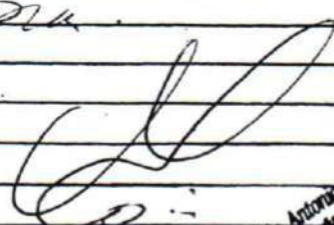
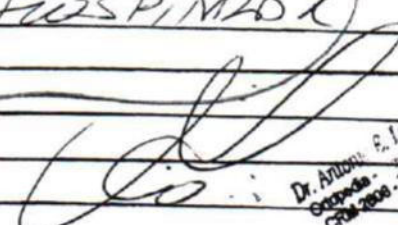
PACIENTE:

MICHAEL AUGUSTO COSTA

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA	HISTÓRICO
01/02	P.D. INMEDIATO EM SURTELO TRANSITO EM DO AUTOMÓVEL DIA.
	
	Dr. Antonio S. Lima Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 2806 - TEOT 6924
13/02	1º DPD - NOF1 FMT - Q24100 DIB DIA 2º DPD 100 HXV DIA, NOF1 - MILHES DIUUS PULSANTES ALTA SUSPIMDO L
	
	Dr. Antonio S. Lima Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 2806 - TEOT 6924

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
12/02/19	9h	Paciente admitido neste setor. Recebido de sua residência em companhia de familiares para cirurgia para fratura de antebraço e mão esquerda do 2º. Após exame HPS + DR e exame físico, recomendou este em jejum. Foi encaminhado aos CC em Cirurgia.					
	09:50h	Admitido neste setor Centro Cirúrgico, proveniente da clínica cirúrgica, deambulando, consciente, orientado, verbalizando, um acompanhante familiar. Para se submeter-se à procedimento cirúrgico. Fratura de antebraço direito aos níveis de Dr. Lara. Encaminhado para o posto em mesa cirúrgica, em decúbito dorsal, monitorizada. Realizada APV em MSE e gesso no 2º, instalada sonda SRL.				140 SPA 90 99%	
	10:50h	Início do ato anestésico, anestesia bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. João Brondino.	98			151 SPA 89 100%	
	10:20h	Início do ato cirúrgico: fratura distal de ulna distal, parte lateral, monoligada, sob anestesia bloqueio de plexo + sedação. Em mesa cirúrgica em decúbito dorsal, em uso de APV em MSE + SRL + medicamentos. Furoclima, 0,2266/ml. e outros. 10:30h Trans-Operatório segue sem intercorrências.				SPA 45 100%	
	10:50h	Fim do ato cirúrgico, parte encerrado de fio de Kirschner no 2º em local da fratura. procedi-					

60142130
Aux. de Enfermagem
José da Hora S. Santos

José da Hora S. Santos
Aux. de Enfermagem
COREN 716

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE

Michael Douglas Romão

IDADE 15

SEXO

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glic
12.02	19	part. muito feliz por ver a Lara. Encaminhado para SPPA.				146	SPD
	12:30	Encaminhado para clínica cirúrgica - El. Cade				64	100%
12	19:40	Admitido na lista calma, consciente, orientado.	36.6	122		140	
22		Verbalizando, acompanhado, olhos, ou-				50	
19		vidas, acamadas, em uso de AVI no					
		USB com sonda nasogástrica, diurese e de fezes					
		presente, acamada, orientado, no					
		momento sem queixas.					
20:00		Administrado oxalato 1g + 10ml de 10					
		+ dipirona 2.5 g conforme prescrição					
		médica.					
22h		Admin. medicação de horário					
		paracetamol 100mg se conforme					
		prescrito.					
01:00		Administrado medicação de					
		horário cefalosporina 1g + 10ml de 10					
		dipirona 2.5 g conforme prescrição					
		médica. Fomecida 6:00					
06h		Receito sem queixas segas					
		das condições de enfermagem.					
17/02/19	08:00	paciente saiu de alta hospitalar					
		pelo médico Dr. Antônio Romão					
		titulado pelo Dr. Roberto +					
		guberna					
		220 411					

	Und	Qtde
Agulha descartável 25x7/30x2	Und.	03
Alcool 70°	Und.	100
Atadura Algodão Qtop.	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'Agulha 10	Und.	01
Catgut Cromado S'Agulha	Und.	01
Catgut Simples C'Agulha	Und.	
Catgut Simples S'Agulha	Und.	
Clorexidina alcólica	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.	160
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.	
Esparadrapo Comum	Und.	
Ethibond	Cm.	150 cm
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Und.	
Folha C' Degermação	Cm.	
Formol Liquido	Und.	04
Gaze Algodoadada	MI	
Iodo 20	Und.	
Iracath	Und.	01
Minina de Bisturi nº 24	Und.	
Na Cirúrgica Descartável	Und.	02
Sha Tubular	Und.	02 pares
Soropore	Und.	
	cm	

Qtde	Descrição	Und	Qtde
2-0/3-10	Mononylon Comum	Und.	01
	Povidine Degermante	MI	
	Povidinê Tópico	MI	
	Prolene	MI	
	Scalp	Und.	
	Seringa Descartável 1ml	Und.	
	Seringa Descartável 3ml	Und.	
	Seringa Descartável 5ml	Und.	
	Seringa Descartável 10ml	Und.	
	Seringa Descartável 20ml	Und.	
	Sonda de aspiração Traqueal	Und.	
	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.	
	Terneirinha 3 vias	Und.	
	Vicril	Und.	
	Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
	Dreno de Sucção	Und.	
	Dreno de Tórax	Und.	
	Luvas (par) 7.0	Und.	
	Luvas (par) 7.5	Und.	
	Luvas (par) 8.0	Und.	
	Luvas (par) 8.5	Und.	
	Máscaras Descartáveis	Und.	
	Gorro	Und.	
	Pro pé	Und.	
	Latex	Par	
	Eletrodos	Und.	
	Ar Comprimido	Und.	
	Bisturi Elétrico	Hora	
	Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	
	Oxigênio	Hora	
	Oxímetro de Pulso	Hora	
	N20 (protóxido de azoto)	Hora	
	Sala de Recuperação	Hora	
	Vácuo	Taxa	
	Furadeira	Hora	

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome: Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data: 12.02.18

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.	
Amplificil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflun (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.	01
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	01
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Flumazenil 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)

Josmeide Carvalho dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENISE 716.173

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

Kipro 400mg Fr



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

MICHAEL DA SILVA SOARES OLIVEIRA

Diagnóstico Pré-operatório:

FUSÃO EM A/B

Cirurgia realizada:

2005/05/04/05

Cirurgião:

DR. ANTONIO LARA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. JUIZ

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

FUSÃO EM A/B

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MARCADO - DULCIPHO
2. COLOCAÇÃO CAMPOS
3. INCISÃO PORAL INFERIOR
4. REDUÇÃO FRATURA RADIO
5. FIXAÇÃO C/ FIO KIRSCHNER
6. SUTURA PRA PLEURO DE PRIZ
7. LIGAMENTO
8. PIP DO GUMGUA

Dr. Antonio E. Lara Arce

Ortopedia - Traumatologia
CRM 2806 - TEOT 6824

Data:

1/1/1

Assinatura do cirurgião

FICHA DE ANESTESIA

Formulário de Anestesiologia - 1998

NOME: MICHEL ODGLOS GOMES DE OLIVEIRA Nº PRONTUÁRIO: _____

CONVÊNIO: _____ DATA: 12/05/19 SEXO: M COR: BRANCA IDADE: 15 PÊSO: 55,7

NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____

SETOR MÉDICO: ORTOP. AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I

DIAG PRE-OP: FRAT. ROTAÇÃO + LITIA DISTAL D.R.

CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOTOMIA + LITIA D.R.

DIAG POS-OP: _____

CIRURDIA REALIZADA: A PROPOSTA

PRÉ-ANESTÉSICO: 0 HORA: _____ EFEITO: _____

CIRURGIÃO: R. L. DOS 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

AGENTE H: 10h / 10h30

INDUÇÃO

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

DRUGAS / MATERIAL

CONC.

QUANT

ANESTESIA

RESPIRAÇÃO

ESPONT.

AUXIL.

CONTRA

M

SIC

LESÃO

APARELHO

POSICÃO

LOCAL PUNÇÃO

SIMPLES

C/CATER

LIQUOR

POS. AXES

POS. OP

DURAÇÃO DA OP.

DURAÇÃO DA ANEST.

COND. FINAL

RESULTADO

S.R.

M

REFLEXOS

ACORDADO

SONO

ADORMECIDO

Dr. João Brandão
Anestesiologia
CRM 4208

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
Paciente: Nichel Douglas de Oliveira DN: 07.02.2004 BE: 62 2223

Material: OS campos de lap
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Lote: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 120954

Material: Fundão maciço
Data de Esterilização: 09/08/19
Data de Validade: 16/08/19
Número de Lote: 160219
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 120954

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Carga: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 120954

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Carga: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 120954

Material: Bloco
Data de Esterilização: 08/02/19
Data de Validade: 08/08/19
Número de Lote: 96
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 120954

Material: de Kirschner 215
Data de Esterilização: 06-02-19
Data de Validade: 06-08-19
Número de Lote: 20
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: 120 954



Assinatura do profissional

José de Carvalho dos Santos
Ass. de Enfermagem
CORENISE 716



Bio Implantes

Produtos médico-hospitalares

144

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE

HOSPITAL:	Regional de São Paulo	CIRURGIÃO:	Dr. Antônio Lora
PACIENTE:	Michel Douglas G. Indiguen	DATA DE NASCIMENTO:	3.02.2004
CPF:	02.90.80.0000	PRONTUÁRIO Nº	62.22.23
NOME DA MÃE:	Maria de Fátima G. Indiguen	DATA DA CIRURGIA:	12/02/19

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	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 CIRURGIÃO:	Assinatura: Dr. Antônio Lora Orculato - Transcrição Código: 1000 - TECT 60000000
-------------------------------	--

Bio Implantes Produtos Médico-Hospitalares LTDA-EPP | CNPJ Nº 17.085.873/0001-94
Av. dos Engenheiros, nº 431, sl 1001 | B. Maracá | Belo Horizonte | Minas Gerais | CEP 30.840-300



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:

Lauda - 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
Dr. Lauro Costa de Oliveira
Cardiologista - Especialista
CRM: 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg. Clín.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

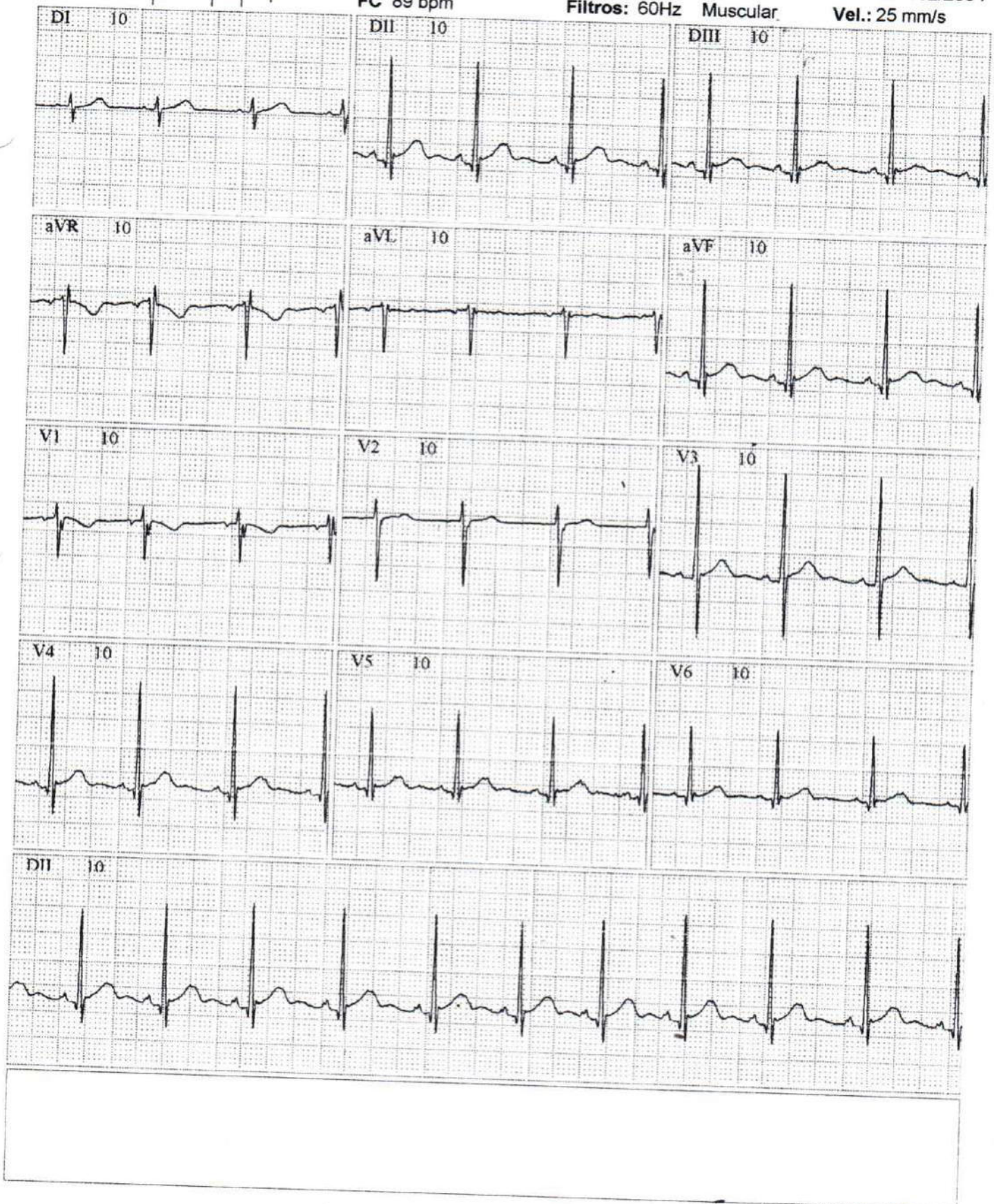
Data: 05/02/2019

FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

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:

Lauda - 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
Dr. Lauro Costa de Oliveira
Cardiologista - Especialista
CRM: 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg. Clín.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

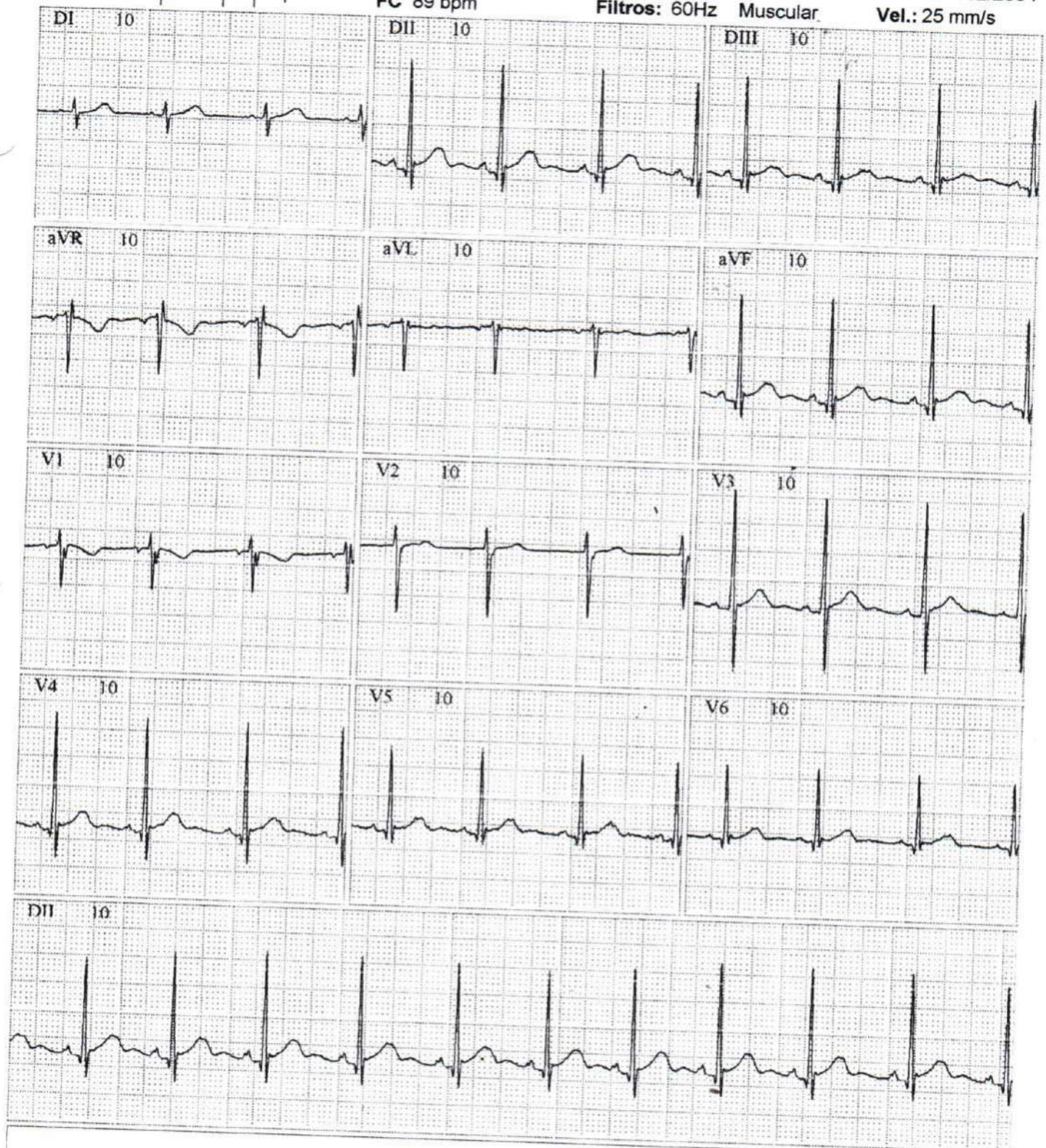
Data: 05/02/2019

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 JAIRON 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
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
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 JAIRON 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
Município.....: 2805406 - POÇO REDONDO - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 12/02/2019

INVESTPREV

28 MAI 2019

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

MICHAEL DOUGLAS OLIVEIRA
GOMES

RELATORIO MEDICO

O PACIENTE SUPRACITADO COM DIAS-
NOSTICO DE FRATURA DO
RAO DISTAL, REALIZOU TRAT.
QUIRURGICO.

ORIENTADO C/ FRATURA
CONSOLIDADA E REABILITADO

25/05/19

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

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

INVESTPREV

12 JUN 2019

Nº DE
INSC.

66-563

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

14, and

Michael Douglas Gomes de Oliveira DATA: 03.02.2019

DATA: 03/02/2019

DATA DE NASCIMENTO: 07/12/2004 SEXO: Max

SEXO: max

PAI: José Lillton de Oliveira
MÃE: Maria de Fátima Gomes da Silva

PAI:

MÃE

Rep. Silvio Neros

REFERÊNCIA: *1000 RED/THOR/GE*

Estudome

RESPONSÁVEL: *H. J. J. J.*

ALERGIA	1/10/20
CARDIOPATIA	
DIABETES	
EPILEPSIA	

HANSENIASE	
HEMORRAGIA	
HEMOFILIA	
HIPERTENSÃO	

PSICOPATIA	
TUBERCULOSE	
TIPO DE SANGUE	

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

Paciente estuda para repórter
quarta e sexta-feira e trabalha
seus horários de 14h às 18h
e, além disso, também trabalha com
trabalho de 10 (dez) horas?

Col J. Ingalls

7- Kugel des Glanz

by H. H. H. - H. H. H., etc.

b 21:45 - Pct encaminhado para a Regional de Itabirato para avaliação do acidente acompanhado pela guarnição. condutor: Daniel

Marcelo Costa Lima
COREN-SE 536502

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : MICHEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA
IDADE.....: 15 ANOS NASC: 07/02/2004 DOC....: 7,10.
ENDERECO.....: POV. SITIO NOVAS SEXO...: MASCUL
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZONA RURAL NUMERO: 00
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810
NOME PAI/MAE...: JOSE JAIRON DE OLIVEIRA /MARIA DE FATIMA GOMES DA
RESPONSAVEL....: A MAE TEL....: 079.9
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE 186
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

paciente vítima de queda de moto há 4 horas. Vozes de dor
de ombro, dor no pescoço, dor no abdômen, dor no quadril
nao
Sintomas em ambulância D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

1. 150 mg de ampicilina D (2P)

2. 100 mg de paracetamol

3. 100 mg de morfina

AV

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA: :
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] EVASAO [] DESISTENCIA

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

Carimbo do Hospital Reg. Dr. Pedro Garcia Moreno
Data: 03/02/2019
Hora: 23:48
Assinatura: [assinatura]

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

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

R.G: 33169237 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

Jose da Silva e Marina Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

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

a) Relatório Médico ()

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (x) 12.02.2019 ^{FAB ortop.}

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

HI: _____

Data do Atendimento: ____/____/____

AIH - Renda AS ortopedias
enfermagem

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira **D.** 10.02.2004, sexo M (X) F ()

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

Jose Gailton de Oliveira e Maria de Fátima Gomes da Silva

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

Nº: 526 Na cidade de Rio 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 dos Santos Oliveira

DADOS DO PACIENTE

NOME:

SEXO

☐ FEM ☒ MASC

IDADE:

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

FONE

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE:

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Doença crônica de origem de modo hfe
para dor e desconforto do o. m. l. e
D. (trator) ? ? ? ? ?
Não há mais tratamento com o FIC 615

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

S. Ronal Clapier

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Proteção de estômago

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Unidade Hospitalar

03/02/19

Local e Data

Dr. [Assinatura]
Médico
CRM 5519



SUS 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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

DDO 12 - TELEFONE DE CONTATO

DDO 14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - DOC

18 - CDD. 19GE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRANCIA OMS DO BARRIO DA

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TUM. GUTTERO

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

RA DO BARRIO DA AP/8

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TUM. NDOU

25 - CID 10 PRINCIPAL

3 50

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

6494020923

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() REEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 7

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

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

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PRONTUÁRIO DE CLÍNICA CIRÚRGICA, MÉDICA E PEDIÁTRICA.

Data. Internamento

Data. Saída

Nº. da Internação

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão SUS:

NOME DO PACIENTE:

DATA DO NASC.

NOME DA MÃE:

NOME DO RESPONSÁVEL:

SEXO: () Masc. () Fem.

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

LOGRADOURO:

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				3073533
USG ()				

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Michael Douglas Gomes de Oliveira

Idade: 15

Enfermarias: E

Leito: 5

1º TURNO

2º TURNO

3º TURNO

07:00 AS 13:00

Ass.

13:00 AS 19:00

Ass.

19:00 AS 07:00

Ass.

1.	DIETA LIVRE	5ml			
2.	PROFUSÃO GARGALHADA 2x	500ml			
3.	PROFUSÃO GARGALHADA 2x	500ml			
4.	DIETA LIVRE 15h	08	14		
5.	DIETA LIVRE 15h	10	14		
6.	DIETA LIVRE 15h	10	14		
7.	DIETA LIVRE 15h	10	14		
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.	13let/15				
17.					
18.	DIETA LIVRE				
19.	DIETA LIVRE				
20.	DIETA LIVRE				
21.	DIETA LIVRE				
22.	DIETA LIVRE				
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Dr. Antonio E. Lara Aze
Oncologista - Transmissão
CRM 2500 - FORT 6004

Juliana S. Menezes
Enfermeira
CORENSE 359407
14:30h

Dr. Antonio E. Lara Aze
Oncologista - Transmissão
CRM 2500 - FORT 6004

Gilvan Bezerra do Nascimento
Téc. Radiologia Médica
CRM 0053
10/10/15

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

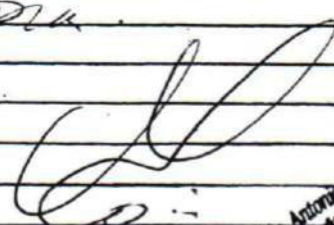
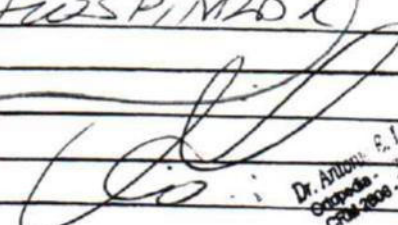
PACIENTE:

MICHAEL AUGUSTO COSTA

IDADE:

SEXO:

REG:

DATA	HISTÓRICO
01/02	P.D. INMEDIATO EM SURTELO TRANSITO EM DO AUTOMÓVEL DIA.
	
	Dr. Antonio S. Lima Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 2806 - TEOT 6924
13/02	1º DPD - NOF1 FMT - Q24100 DIB DIA 2º DPD 100 HXV DIA, NOF1 - MILHES DIUROS DURANTE ALTA SUSPENSÃO
	
	Dr. Antonio S. Lima Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 2806 - TEOT 6924

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
12/02/19	9h	Paciente admitido neste setor. Procedente de sua residência em companhia de familiares para cirurgia para fratura de antebraço e mão esquerda do 8h. Foram feitos HbS + DR e ultrassom no decorrer deste em jejum. Foi encaminhado aos CC em Cirurgia.					
	09:50h	Admitido neste setor Centro cirúrgico, proveniente da clínica cirúrgica, deambulando, consciente, orientado, verbalizando, um acompanhante de familiar. Para se submeter-se à procedimento cirúrgico. Fratura de antebraço direito aos níveis de DR e Lora. Encaminhado para o posto em mesa cirúrgica, em decúbito dorsal, monitorizada. Realizado APV em MSE e anel no 20, instalado sobre o SKL.				140 SPA 90 99%	
	10:50h	Início do ato anestésico, anestesia bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. Julio Brondino.	98			151 SPA 89 100%	
	10:20h	Início do ato cirúrgico: fratura distal de ulna distal, parte lateral, monoligada, sob anestesia bloqueio de plexo + sedação. Em mesa cirúrgica em decúbito dorsal, em uso de APV em MSE + SKL + medicamentos. Furadeira, 0,266mm. e eletrocoágulo. 10:30h Trans-operatório segue sem intercorrências.				SPA 45 100%	
	10:50h	Fim do ato cirúrgico, parte em uso de fio de Kirschner no 20 em local da fratura. procedi-					

Josefa da Hora S. Santos
Aux. de Enfermagem
COREN 72440

Josefina Carolina dos Santos
Aux. de Enfermagem
COREN 716

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE

Michael Douglas Romão

IDADE 15

SEXO

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glic
12.02	19	part. muito feliz por ver a Lara. Encaminhado para SPPA.				146	SPD
	12:30	Encaminhado para clínica cirúrgica - El. Cade				64	100%
12	19:40	Admitido na lista calma, consciente, orientado.	36.6	122		140	
22		Verbalizando, acompanhado, olhos, imp-				50	
19		nes, acamático, em uso de AVI no					
		USB com sonda trófica; diurese e digestão					
		plante, acinta desta situação, no					
		momento sem queixas.					
20:00		Administrado oxalato 1g + 10ml de N					
		+ dipirona 2.5 g conforme prescrição					
		médica.					
22h		Adm. medicação de horário					
		parafemid 100mg se conforme					
		prescrito.					
01:00		Administrado medicação de					
		horário cefalotina 1g +					
		Dipirona 1g + conforme PB					
		exams médicos. Fome de 6.0/7.5					
06h		Receito sem queixas segas					
		dos cuidados de enfermagem.					
17/02/19	08:00	paciente saiu de alta hospitalar					
		pelo médico M. Futuro bom					
		trabalho plano receto +					
		guberna					
		220 411					

Descrição	Und	Qtde
Aguilha 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	ml	
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.	560
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.	
Equipo Micro Gotas	Und.	01
Equipo P. Sangue	Und.	
Esparadrapo Comum	Und.	
Ethibond	Cm.	50cm
Filtro de barreira	Und.	
Fio de Algodão	Und.	
Fita Adesiva Hospitalar	Und.	
Formol Líquido	Cm.	
Gaze Algodoadas	Und.	04
Guaco nº 20	MI	
Guaco nº 20	Und.	01
Guaco nº 24	Und.	02
Guaco Cirúrgica Descartável	Und.	02
Guaco Tubular	Und.	02
Guaco	Und.	
Guaco	cm	

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	Und.	2-0/3-6
Povidine Degermante	MI	01
Povidine Tópico	MI	100ml
Prolene	MI	
Scaip	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.	03
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Terneirinha 3 vias	Und.	
Vicril	Und.	01
Aguilha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	
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	Und.	05
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	
Oxigênio	Hora	
Oxímetro de Pulso	Hora	
N20 (protóxido de azoto)	Hora	
Sala de Recuperação	Hora	
Vácuo	Taxa	11
Furadeira	Hora	
	Hora	11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome: Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data: 12.02.18

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.	
Amplificil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflun (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.	01
Diazepam (valium) 10mg	Amp.	
Dimorf 1mg	Amp.	
Dimorf 0.2mg	Amp.	
Dimorf 10mg (morfina)	Amp.	
Diprivan	Amp.	
Dolantina	Amp.	
Dormonid 15mg	Amp.	
Dormonid 5mg	Amp.	01
Efortil 0.01gr	Amp.	
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
Flumazenil 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)

Josmeide Carvalho dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENISE 716.173

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

Kipro 400mg Fr



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

MICHAEL DA SILVA SOARES OLIVEIRA

Diagnóstico Pré-operatório:

FUSÃO EM A/B

Cirurgia realizada:

2005/05/04 G100

Cirurgião:

DR. ANTONIO LARA

Auxiliares:

Anestesiologista:

DR. LUIZ

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

FUSÃO EM A/B A

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MARCADO - DULCIPHA
2. COLUNA EM CAMPOS
3. INCISÃO PORAL DUREZA
4. PROXIMA TRANSFERÊNCIA
5. FUSÃO C/ FIO KINCHAM
6. SUTURA PRA PIAVOS DE PRIZ
7. LUMEN
8. PIP DO SUTURA

Dr. Antonio E. Lara Arce

Ortopedia - Traumatologia
CRM 2806 - TEOT 6824

Data:

1/1/1

Assinatura do cirurgião

FICHA DE ANESTESIA

Formulário de Anestesiologia - 1998

NOME: MICHEL ODGLOS GOMES DE OLIVEIRA Nº PRONTUÁRIO: _____

CONVÊNIO: _____ DATA: 12/05/19 SEXO: M COR: BRANCA IDADE: 15 PÊSO: 55,7

NATURAL: _____ EST. CIVIL: _____ SANGUE: _____

SETOR MÉDICO: ORTOP. AMBULATÓRIO: _____ APTº: _____ E. FÍSICO(ASA): I

DIAG PRE-OP: FRAT. ROTAÇÃO + LITIA DISTAL D.R.

CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOTOMIA + LITIA D.R.

DIAG POS-OP: _____

CIRURDIA REALIZADA: A PROPOSTA

PRÉ-ANESTÉSICO: 0 HORA: _____ EFEITO: _____

CIRURGIÃO: R. L. DOS 1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____

AGENTE H: 10.55

INDUÇÃO

MANUTENÇÃO

RECUPERAÇÃO

ANOTAÇÕES

DRUGAS / MATERIAL

CONC.

QUANT

ANESTESIA

RESPIRAÇÃO

ESPONT.

AUXIL.

CONTRA.

M.

SIC

LESÃO

APAREN.

Posição

Local Punção

Simples

C/Cateter

Líquor

Pos. Axos

Pos Op

Duração da Op.

Duração da Anest.

Cond. Final

Resultado

S. R. M.

Reflexos

Acordado

Sono

Adormecido

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: TRANS-OPERATÓRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO PROCESSO DE ESTERELIZAÇÃO
Paciente: Nichel Douglas de Oliveira DN: 07.02.2004 BE: 62 2223

Material: OS campos de lap
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Lote: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: Fundão maciço
Data de Esterilização: 09/08/19
Data de Validade: 08/08/19
Número de Lote: 160219
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Lote: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Lote: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: Blender
Data de Esterilização: 08/02/19
Data de Validade: 08/02/19
Número de Lote: 96
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: de Kirschner 2,5
Data de Esterilização: 06-02-19
Data de Validade: 06-02-19
Número de Lote: 27
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40904

Material: de Kirschner 2,5
Data de Esterilização: 06-02-19
Data de Validade: 06-02-19
Número de Lote: 27
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40904



Assinatura do profissional

Josineide Cavalcão dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENISE 716



Produtos médico-hospitalares

7000 10000 15000 20000 25000 30000 35000 40000 45000 50000 55000 60000 65000 70000 75000 80000 85000 90000 95000 100000

HOSPITAL:		INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE	
PACIENTE:		CIRURGIÃO:	
CPF:		DATA DE NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:		PRONTUÁRIO Nº	
DATA DA CIRURGIA:		ITEM	
DESCRÇÃO DO MATERIAL		EDITAL	

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	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		

Dr. Antonio L. ...
Osteopata - Terapeuta ...
CNPJ 000000-01/000000000000000000

Bio Implantes Produtos Médico-Higiénicos LTDA-EPF | CNPJ nº 17.085.673/0001-94
Av. dos Engenheiros, nº 431, sl 1001 | B. Maricá, 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:

Lauda - 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
Dr. Lauro Costa de Oliveira
Cardiologista - Especialista
CRM: 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg. Clín.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

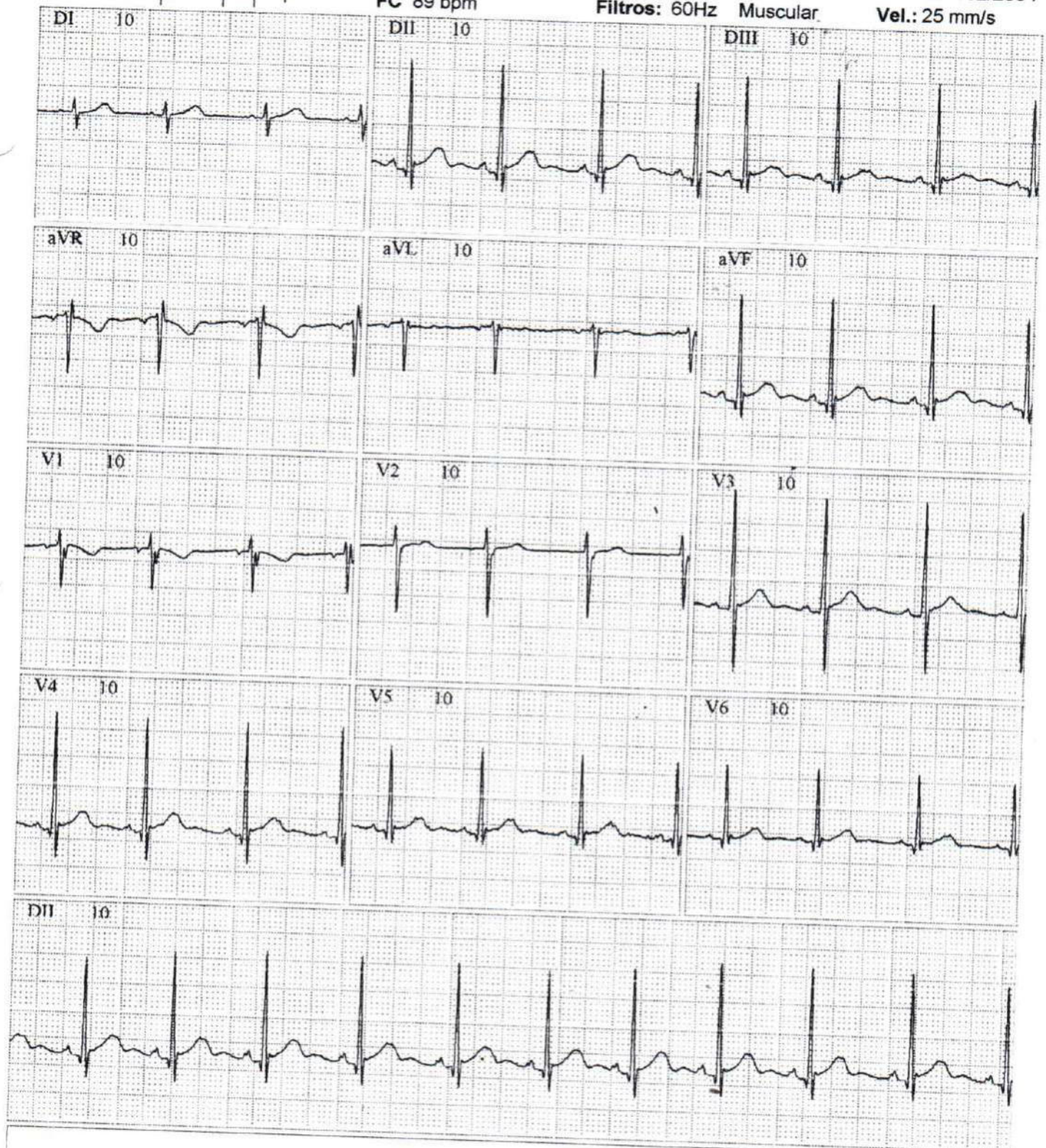
Data: 05/02/2019

FC 89 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

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:

Lauda - 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
Dr. Lauro Costa de Oliveira
Cardiologista - Especialista
CRM: 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg. Clín.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

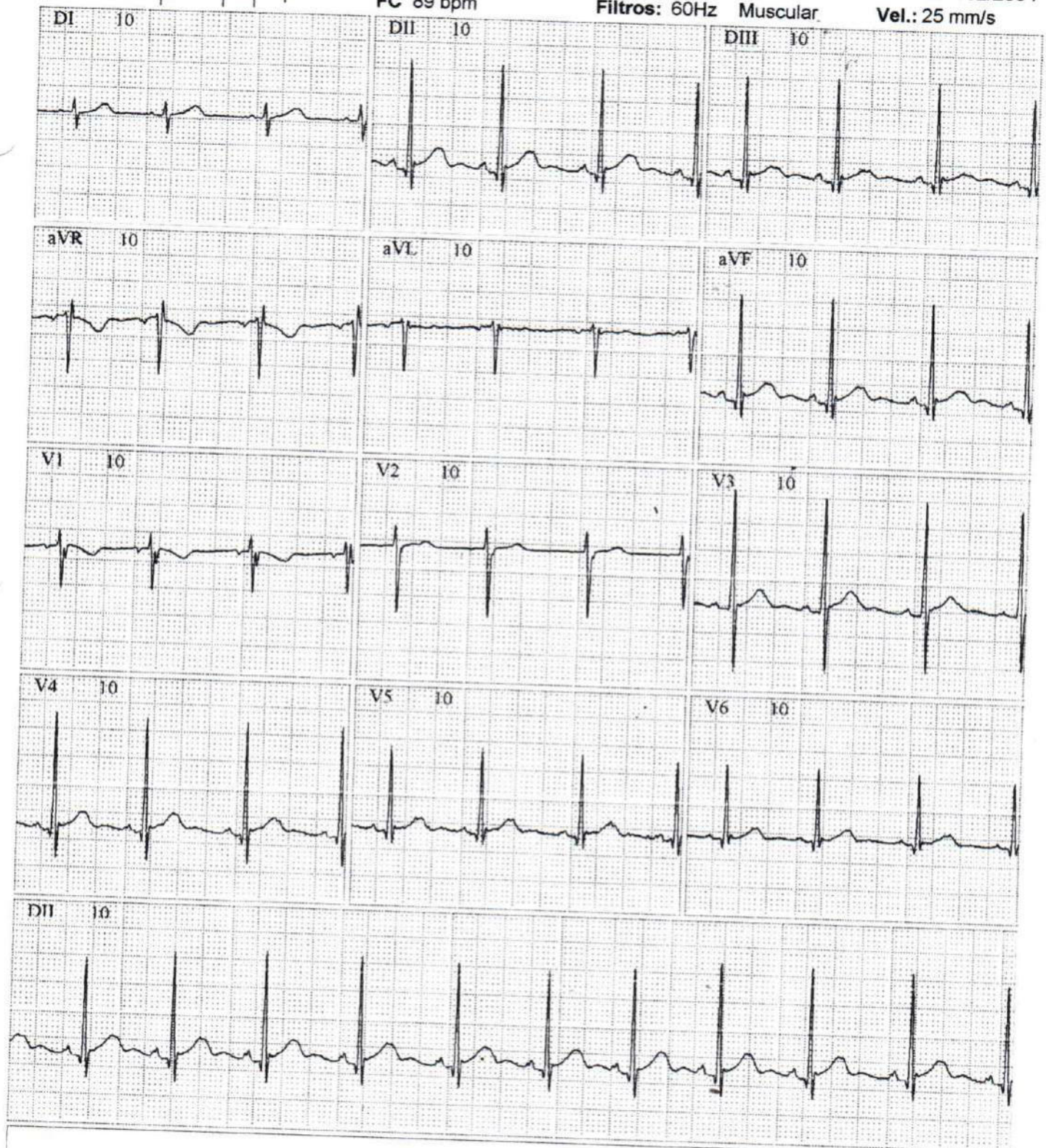
Data: 05/02/2019

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 JAIRON 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
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
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 JAIRON 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
Município....: 2805406 - POÇO REDONDO - SE
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade.: SERGIPE
Cadastramento: 12/02/2019

INVESTPREV

12 JUN 2019

RECEITUÁRIO

Nome: Michael Douglas Gomes de Oliveira

Felício Medeiros

Paciente, 45 anos, sexo masculino, vítima
de acidente de moto no dia 03/02/19, sofrendo
fratura no braço direito. Por esse motivo, foi
submetido a tratamento cirúrgico. No momento,
permanece com sequelas tendo limitação e dificul-
dade para movimentar o braço direito.
CID: T92.1.

Dra. [Assinatura] Florence
Medeiros
CRM 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: Michel Douglas de Oliveira DN: 07.02.2004 BE: 62 2223

Material: OS campos de lap
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/02/19
Número de Lote: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Material: Fundão mais
Data de Esterilização: 09/08/19
Data de Validade: 08/08/19
Número de Lote: 1602A
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/08/19
Número de Carga: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Material: Capote
Data de Esterilização: 11/02/19
Data de Validade: 18/08/19
Número de Carga: 27
Autoclave: () 1 (X) 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Material: Blenner
Data de Esterilização: 08/02/19
Data de Validade: 08/08/19
Número de Lote: 96
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Material: de Kirschner 2.5
Data de Esterilização: 06-02-19
Data de Validade: 06-08-19
Número de Lote: 20 954
Autoclave: (X) 1 () 2
Profissional e COREN: Valéria 40905

Assinatura do profissional



Josinete Capello das Santos
Aux. de Enfermagem
COREN/SE 716



Bio Implantes
Produtos médico-hospitalares

442

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE IMPLANTES

INFORMAÇÕES DO HOSPITAL & PACIENTE	
HOSPITAL:	Regional de Itabira
PACIENTE:	Dr. Antonio Lora
CPF:	7.02.2004
NOME DA MÃE:	Priscila R. de Azevedo
PRONTUÁRIO Nº	622223
DATA DA CIRURGIA:	12/02/19

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	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 CIRURGIÃO:	Dr. Antonio Lora Ortopedia - Traumatologia CRM 2608 - TEST 000000000000
-------------------------------	---



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 OLIVEIRA
Data de Nascimento: 07/02/2004

Reg. Clínico:
Sexo: Masculino

Dados do Exame

Exame: 3693

Convênio: PARTICULAR

Responsável: DR LAURO COSTA DE OLIVEIRA
CRM: 3241

Data: 05/02/2019

Hora: 11:24

Solicitante: DR BRICIO BITTENCOURT
CRM:

Lauda - 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
Cardiologista
CRM: 3241



CLINICA SAGRADA FAMILIA

ECG de Repouso

Exame: 3693

Reg. Clín.:

Nome: MICHAEL DOUGLAS GOMES DE OLIVEIRA

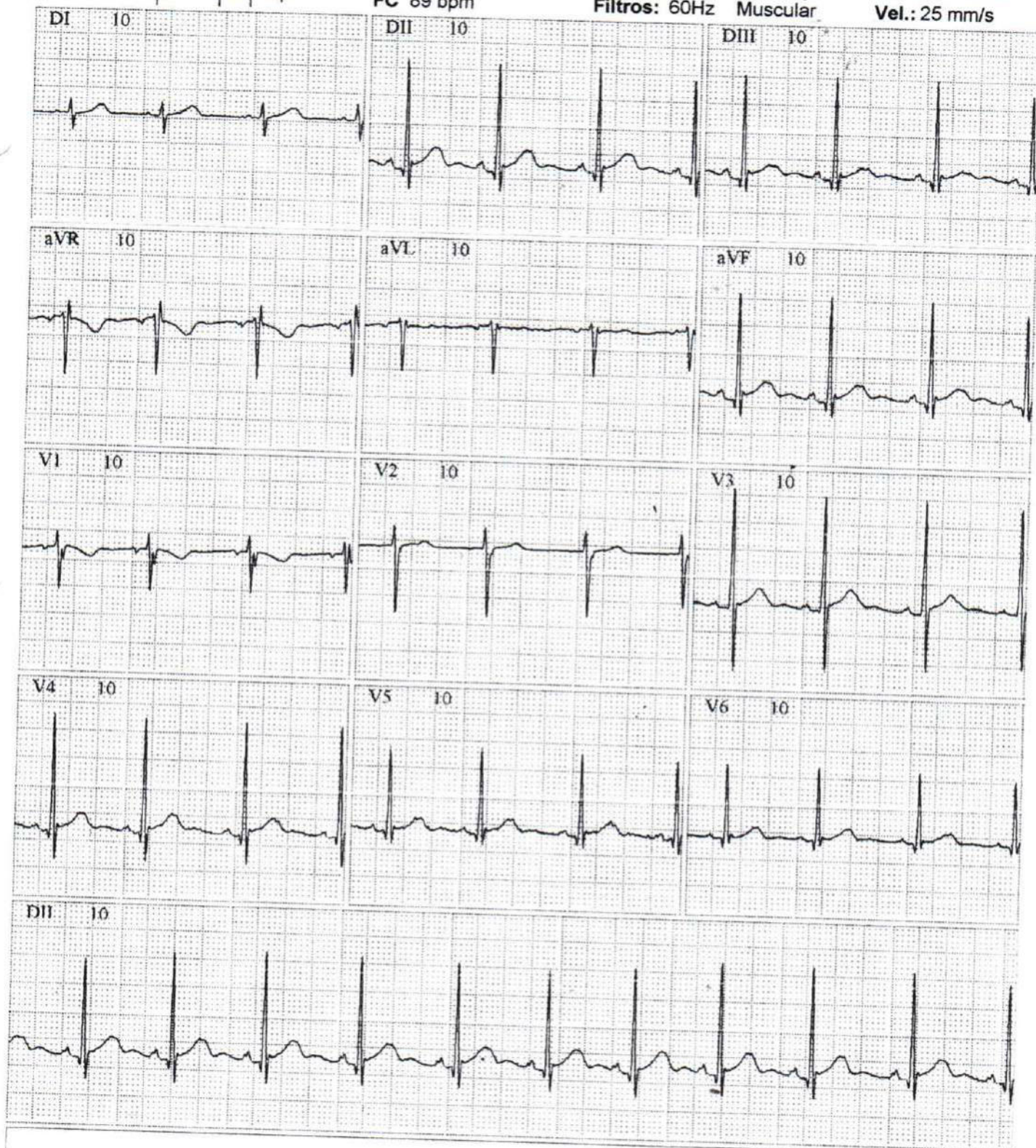
Data: 05/02/2019

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 JAIRON 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
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

ABAIKO 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 JAIRON 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
Município.....: 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

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

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

paciente vítima de queda de moto há 4 horas. Vozes de
seus membros superiores e inferiores. Lesões: abdome e quadril
marcas de ferimentos em antebraço D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

C.R. - 1 de antebraço D (2P)

C.R. - 1 de quadril

C.R. - 1 de quadril

DATA DA SAIDA: ____/____/____

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: ____:____

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E OUTROS DOCUMENTOS CORRELATOS

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

R.G: 33169237 SSP/ SE C. P. F: 028.106.825-93 Filho (a) de

Jose da Silva e Maria Gomes dos Santos Silva

Residente e domiciliado (a): _____

Nº: _____ Na cidade de _____ Fone: _____

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

a) Relatório Médico ()

b) AIH - Autorização de Internamento Hospitalar (x) FAE ortop. 12.02.2019

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

HI: _____

Data do Atendimento: ____/____/____

AIH - Renda AI5 ortopedica
enfermagem

Médico: _____

DE: Michael Douglas Gomes de Oliveira D. 07-02-2004 sexo M (X) F ()

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

Jose Gailton de Oliveira e Maria de Fátima Gomes da Silva

Residente e domiciliado (a): M. JK sitios novos

Nº: 526 Na cidade de poço 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 dos Santos Oliveira

DADOS DO PACIENTE

NOME: *Michael Douglas C. de Oliveira*

SEXO: ☐ FEM ☒ MASC IDADE: *14* ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO: *P.O. Redondo* FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE: *H. P. Itaipava (origem)*

DESCRIMINAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

*Doença crônica de origem de modo leve
para ser de origem de modo leve
D. (origem) ? ? ? ? ?
Não há nenhuma alteração de ECG*

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1. Insulina 100

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Procedimento de origem

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS



SUS
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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☐ 1 FEM. ☐ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - DOC

18 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FRATURA ORBITAL DO OMBRO
DA

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TUM. GLOBOULAR

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

RA DO OMBRO DA DP/8

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TUM. GLOBOULAR

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0405020923

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() REEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

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

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº 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) () LOTE(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 ()				
Radiografia ()				2477661
Radiografia ()				2477661
				2477661
Tomografia ()				
Tomografia ()				0002895
				0002895
ECG				
USG ()				3073533

Prescrição Médica e Procedimento de Enfermagem

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA E DIETA

Michael Douglas Gomes de Oliveira

Idade: 15

Enfermarias: 50

Leito: 5

12/02/19

1º TURNO

Ass.

13:00 AS 19:00

Ass.

19:00 AS 07:00

Ass.

1.	DIETA LIVRE	5ND			
2.	uso PROLOQUE 1000 ml de FLUIDA	5ND			
3.	CAZAPROL 01 gr 2x/dia	08			
4.	DIETAS 0154 e 0155	08 10	14		
5.	CAZAPROL 100mg 2x/dia				
6.	CAZAPROL 100mg 2x/dia				
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.	13letis				
17.					
18.	DIETA LIVRE				
19.	CAZAPROL				
20.	DIETAS 0154 e 0155				
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Dr. Antonio E. Lara Neto
Oncologista - Traumatologia
CRM 2506 - TEOT 6604

Juliana S. Menezes
Enfermeira
CORENSE 359407
14:30h

Dr. Antonio E. Lara Neto
Oncologista - Traumatologia
CRM 2506 - TEOT 6604

Gilvan Bezerra do Nascimento
Téc. Radiologia Médica
CRM 0063
10/02/19

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LETO:

PACIENTE MICHAEL DOUGLAS CONRAD

IDADE

S200:

REG:

DATA	HISTÓRICO
01/12/02	<p>PO. INICIAL DO ANO SUGERIDO TRANSFERIR O ANO DO ANTERIOR PARA O ANO ATUAL.</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Antonio E. Lara Ayce Oropetia - Trasmologia CRM 2808 - TECT 8824</p>
13/02	<p>1º DPD - 10/01/2002 - 01/02/2002 1º DPB - 01/02/2002</p> <p>2º DPD - 01/02/2002 - 01/03/2002 2º DPB - 01/03/2002 - 01/04/2002</p> <p>ALTA SUSPENSÃO</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Antonio E. Lara Ayce Oropetia - Trasmologia CRM 2808 - TECT 8824</p>

UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR

Cirurgia

LETO:

PACIENTE

Michel Douglas Gomes

IDADE

15

SEXO

M

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
12/02/19	9h	Paciente admitido neste setor. Procedente de sua residência em companhia de familiares para fazer prova de aptidão para o trabalho do Dr. Paulo para HPS + DP e ultrassom. Recomendou este em jejum.					
	09:50h	Admitido neste setor para cirurgia, proveniente da clínica cirúrgica, deambulando, consciente, orientado, verbalizando, um acompanhante familiar. Para se submeter-se à procedimento cirúrgico: fratura de antebraço direito aos 5/6 da diáfise. Dr. Lara. Encomendado para o posto em mesa cirúrgica, em decúbito dorsal, monitorizada. Realizada APV em MSE e gesso no 2º metacarpo 5º metacarpo.				140/80	90/90
	10:50h	Início do ato anestésico, anestesia bloqueio de plexo + sedação, procedimento feito por Dr. Julio Brondino.	98	151	98	89	100%
	10:20h	Início do ato cirúrgico: fratura distal de ulna distal, parte lateral, monitorizada, sob anestesia bloqueio de plexo + sedação. Em mesa cirúrgica em decúbito dorsal em uso de APV em MSE + SRL + medicação. Furadeira, 0,2266mm. e eletrodo de coágulo. 10:30h Trans-Operatório segue sem alteração.				89	100%
	10:50h	Fim do ato cirúrgico, parte encerrado de fixação de Kirschner no 2º metacarpo da fratura. procedi-					

Josefa da Hora S. Santos
Aux. de Enfermagem
COREN 724109

Josefa da Hora S. Santos
Aux. de Enfermagem
COREN 716

UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

PACIENTE:

Michael Douglas Gomes

IDADE 15

SEXO

REG:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicose
------	------	----------	---	---	---	----	---------

12.02	18:00	mlinto feito por Dr. Lara.				146	90
-------	-------	----------------------------	--	--	--	-----	----

19		Encaminhado para SAPA.				64	100
----	--	------------------------	--	--	--	----	-----

12	19:40	Concomitado para clínica cirúrgica - Ef. Cúleo					
----	-------	--	--	--	--	--	--

22		Admitido no leito 140, consiente orientado,	36.6	122		140	
----	--	---	------	-----	--	-----	--

19		Verbalizando, acompanhado, calmo, em				50	
----	--	--------------------------------------	--	--	--	----	--

		memória, orientado, em uso de AVI no					
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

		USG com splenomegalia; diurese e deposição					
--	--	--	--	--	--	--	--

		plasmática, orientado, orientado, no					
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

		momento sem queixas.					
--	--	----------------------	--	--	--	--	--

20:00		Administrado oxalato 1g + 10ml de D					
-------	--	-------------------------------------	--	--	--	--	--

		+ dipirona 2.5 g conforme prescrição					
--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

		medica.					
--	--	---------	--	--	--	--	--

22h		Admin. medicação de horário					
-----	--	-----------------------------	--	--	--	--	--

		paracetamol 100mg se conforme					
--	--	-------------------------------	--	--	--	--	--

		prescrito					
--	--	-----------	--	--	--	--	--

01:00		Administrado medicação de					
-------	--	---------------------------	--	--	--	--	--

		horário cefalotina 1g + c					
--	--	---------------------------	--	--	--	--	--

		Dipirona 1g + c conforme ps					
--	--	-----------------------------	--	--	--	--	--

		exames médicos. Fome de 6:00					
--	--	------------------------------	--	--	--	--	--

06h		Administrado sem queixas segas					
-----	--	--------------------------------	--	--	--	--	--

		nos cuidados de enfermagem					
--	--	----------------------------	--	--	--	--	--

17/02/19	08:00	paciente saiu de alta hospitalar					
----------	-------	----------------------------------	--	--	--	--	--

		pelos médicos. M. futuro bom					
--	--	------------------------------	--	--	--	--	--

		transfere plano de alta +					
--	--	---------------------------	--	--	--	--	--

		guilherme					
--	--	-----------	--	--	--	--	--

		220 411					
--	--	---------	--	--	--	--	--

Medicação e Material Médico - Cirúrgico

Nome: Michel Douglas Gomes de Oliveira

Data: 12.02.18

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.	
Ampticitil	Amp.	
Atropina (sulfato) 1ml	Amp.	
Bicarbonato de Sódio 8.4%	Amp.	
Buscopam 5ml	Amp.	
Cataflun (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.	
Efortil 0.01gr	Amp.	01
Esmerom	Amp.	
Etonidato	Amp.	
Fenergan 50mg	Amp.	
ntanil 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)

Josmeide Carneiro dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENSE 716.173

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

KIPRO 400mg

Fr

Descrição	Und	Qtde
Mononylon Comum	2-0/3-10Und.	11 fendo
Povidine Degermante	MI	
Povidine Tópico	MI	+ 80 ml
Prolene		
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.	03
Sonda de Foley 2vias	Und.	
Sonda de Foley 3 vias	Und.	
Sonda (tubo) Endot. C/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. S/ Balão	Und.	
Sonda (tubo) Endot. Aramado	Und.	
Sonda Nasoenteral	Und.	
Sonda Nasogástrica	Und.	
Sonda Retal	Und.	
Sonda Uretal de Nelaton	Und.	
Terneirinha 3 vias	Und.	01
Vicril	Und.	
Agulha Desc. P/Bloqueio	Und.	
Dreno de Sucção	Und.	
Dreno de Tórax	Und.	
Luvas (par) 7.0	Und.	
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	Par	06
Latex	Und.	06
Eletrodos	Und.	
Ar Comprimido	Hora	05
Bisturi Elétrico	Hora	
Monitor Cardíaco (cardioscópio)	Hora	
Oxigênio	Hora	Emp 1/2
Oxímetro de Pulso	Hora	
N20 (protóxido de azoto)	Hora	11
Sala de Recuperação	Taxa	11
Vácuo	Hora	
Furadeira	Hora	11

Assinatura da Enfermagem (por extenso)



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Nome do Paciente:

MICHAEL DAUSAS SODAS OLIVEIRA

Diagnóstico Pré-operatório:

Fratura do A/B

Cirurgia realizada:

Redução Cirúrgica

Cirurgião:

Dr. Antonio Lara

Auxiliares:

Anestesiologista:

Dr. Julio

Anestesia:

Diag. Pós-operatório:

Fratura do A/B A

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. MARCO-ORIENTADO
2. COLOCAÇÃO CAMPOS
3. INCISÃO CORADA CURVILÍNEA
4. REDUÇÃO MANOVAL DA DOR
5. FIXAÇÃO C/ FIO KIRSCHNER
6. SUTURA DA PIEL COM A/B DE 0/12
7. LIGAMENTO
8. PIP DO GUMMEL

(Assinatura)
01/02/19

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

Data

___/___/___

Assinatura do cirurgião

as 21:05hs



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

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.
66.563

UNIDADE DE SAÚDE: **UPA24h** UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DONA ZULMIRA SOARES **14 anos**

NOME: **Michael Douglas Gomes de Oliveira** DATA: **03.02.2019**

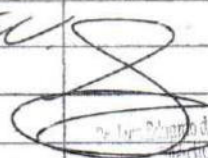

APELIDO: DATA DE NASCIMENTO: **07.02.2004** SEXO: **max.**

FILIAÇÃO: PAI: **José Sílvia de Oliveira**
MÃE: **Maria de Fátima Gomes da Silva**

ENDEREÇO: **Rua Sítio Novo** REFERÊNCIA: **Poço Redondo/SE**

PROFISSÃO: **Estudante** RESPONSÁVEL: **a genitora**

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE		
ALERGIA <input checked="" type="checkbox"/>	HANSENIASE <input type="checkbox"/>	PSICOPATIA <input type="checkbox"/>
CARDIOPATIA <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>	TUBERCULOSE <input type="checkbox"/>
DIABETES <input type="checkbox"/>	HEMOFILIA <input type="checkbox"/>	TIPO DE SANGUE <input type="checkbox"/>
EPILEPSIA <input type="checkbox"/>	HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/>	

DATA	ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS	ASSINATURA
	<p>Paciente apresenta-se com queixa de dor no abdômen há alguns dias, com início súbito, dor tipo cólica (fome febra?).</p> <p>Obj: 1. Exame físico: 1- Ligeira dor no abdômen 2- Análise - Normal, EV</p>	
	<p>As 21:45 - Paciente encaminhado para o Regional de Itabaiana para avaliação do orientado. Acompanhado pela genitora, conduta: controle</p>	

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: Jarodador Endereço: Rua Estr. Nobas Número: SIN Complemento: Casa
Bairro: Zona rural Cidade: Paco Rodondo Estado: SE CEP: 49.810-000
E-mail: marcosduglas@gmail.com Tel.(DDD): 79.99189207

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banque

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

AGÊNCIA: 018 CONTA: 01/013369 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ 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 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. São Ca. Celso 22.05.19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____

28 MAI 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Michael Douglas Gomes De Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Ja. Santos de Oliveira
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procuador (se houver)

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 - SE



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: Fabio 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)

Bairro: Comunidade Sítio

Logradouro: povoado sítio oleo

CEP:49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(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(a)

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: 525

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 Fatima Gomes da Silva

Nome do Pai: Jose Jailton de Oliveira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 090.547.205-57

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



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 15/04/2019 12:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 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. Poço Redondo/SE
Responsável pelo Atendimento


José Jailton de Oliveira
(Comunicante)

"Declaro, para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário(a) responsável pelas informações acima apresentadas e que sou o(a) responsável civil e criminalmente pela presente declaração que do objeto, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

28 MAI 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723
CNS:DATA: 03/02/2019
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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 JAIRON DE OLIVEIRA UF: SE
RESPONSAVEL....: A MAE /MARIA DE FATIMA GOMES DA
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE CEP....: 49810
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO TEL....: 079.9
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO 186
ACID. TRABALHO: 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: ___/___/___

paciente vítima de queda de moto há 4 horas. Voz de
se mexe. Glasgow 15. Única lesão: abdome quadril
muito. Epistaxia com antebraço D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

(1) 5-1 de antebraço D (2P)
(2) Alta da lesão
(3) lesão de estatura

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

28 MAI 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 619723
CNS:DATA: 03/02/2019
SETOR: 05-SUTURA

HORA: 23:48 USUARIO: DRJESUS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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 JAIRON DE OLIVEIRA UF: SE
RESPONSAVEL....: A MAE /MARIA DE FATIMA GOMES DA
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE CEP....: 49810
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO TEL....: 079.9
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO 186
ACID. TRABALHO: 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: ___/___/___

paciente vítima de queda de moto há 4 horas. Voz de
se mexe. Glasgow 15. Única lesão: abdome quadril
muito. Espandibilidade com antebraço D

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

INVESTPREV

CID:

12 JUN 2019

HORARIO DA MEDICA

DATA DA SAIDA: / /

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

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] EVASAO [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO