

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: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 000000009069-0

Nr. da Autenticação 85E338DC5288982A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180596707 **Cidade:** Itabaianinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/11/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jorge Augusto de Oliveira,

RG nº 882.977, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 289.986.005.44, com domicílio na cidade de ITABAIANINHA, no Estado de SERGIPA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA JOSE COSTA FILHO, nº 54,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO cujo o condutor era

Jorge Augusto de Oliveira.

Veículo: HONDA/CG 125 FAN-PRETA

Modelo: 2008

Ano: 2008

Placa: IAF 3036

Chassi: 9C2JC3070BR199784

Data do Acidente: 28.11.2016

Local e Data: ITABAIANINHA-SE, 03/12/2018.

Jorge Augusto de Oliveira

Assinatura do Declarante

1º OFÍCIO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço ☐ P/ Semelhança ☒ P/ Autenticidade

Assinatura(s) Jorge Augusto de Oliveira

Itabaianinha/SE 03/12/18

Em test. da verdade. Dou fé.

Em test. da verdade. Dou fé.

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Itabaianinha
Selo TJSE 201812031751
Acesse: www.tjus.br/xi 06/01/16

SIRISLEY
CORRETORA

17.02.2019

DPVAT/SE

HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA

28/11/2016 10:15:45

Praça Orlando Ferreira Alves, 101 - Bairro Conveniência - Itabaianinha - SE - CEP 49290-000 - Fone: (13) 3644-
CNPJ - 13.098.041/0001-64

PRONTUÁRIO

478.238

Data do Atendimento : 28/11/2016 10:15:38

Nome do Paciente : DEVISON SANTOS NASCIMENTO

Data Nasc.: 10/12/1996

Nome da Mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

Profissão : LAVRADOR

Sexo : M Est. Civil: S

Responsável :

Grau Parentesco :

Endereço : RUA JOSE ELVINO DE MACEDO, 7

49290000

Bairro : MULTIRAO

Cidade : ITABAIANINHA

UF : SE

RG : 35823313

- SSP

CPF : 07.043.905-58

Cartão SUS : 898003258760568

Telefone Contato : () -

Celular : () -

Médico Responsável : KIM LIMA NASCIMENTO

Josefa Doria Alves dos Santos

Assinatura (Paciente ou Responsável)

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO HORÁRIO EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

① Transferência HOJE 10:53

② Curativo. foto

Paciente, relato queda de
moto há ± 20 horas.

Queixos de "falta", dip-
sico em região da
clavícula com sinais de
fratura. Apresenta im-
mobilização nos ombros, nítida
dorsal, pouca MIE.

Não houve medica-
ção. PA = 100 x 20
mmHg



G. 000 / T. 000 / M. 000

Kim Lima Nascimento
Kim Lima Nascimento - Médico
CRM 4435 MIP 14023644

HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA

30/11/2016 10:15:04

Praca Orlando Ferreira Alves, 101 - Bairro Convergência - Itaberania - BA / SP - CEP 44290-000 Fone: (71) 3531.1754
CNPJ: 10.096.047/0001-04

PRONTUÁRIO

478.238

Data do Atendimento: 28/11/2016 10:15:38

Nome do Paciente: DEVISON SANTOS NASCIMENTO

Data Nasc.: 20/10/1997

Nome da Mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGENCIA

DATA PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO HORÁRIO EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

12:05 *Prescrição feita de*

Prescrição e evolução

Transfusão no unidade

Maria Tamires dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENSE 707.629

12:15 *Prescrição feita de*

Maria Tamires dos Santos
Aux. de Enfermagem
CORENSE 707.629

12:30 *Prescrição feita de*
Transfusão p/ HUSE
p/ avaliação clínica

Angela M. M. de Santana
Aux. de Enfermagem
CORENSE 696.022

 Hospital AMPARO DE MARIA	ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE AMPARO DE MARIA ADMINISTRAÇÃO DE PACIENTES Informações Cadastrais	Emissão: Data: 01/12/2016 Hora: 15:40
Prontuario : 1333 Atendimento : 30295 Data Inter. : 01/12/2016 Hora Inter. : 15:39 Paciente...: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO Resp.internação : LINDINALVA MATEUS DOS SANTOS RG.....: 35823313 - SSP/SE CPF.....: 07043905583 Cartão SUS.....: 898003258760588		
Sexo.....: Masculino Estado Civil.: Solteiro(a) Número Cadastral: 21681 Nascimento...: 20/12/1994 Idade.....: 22 ano(s) Filiacao.....: JOILSON DOS SANTOS NASCIMENTO JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS Natural de: ITABAIANINHA /SE Nacionalidade.....: BRASILEIRO Profissao...: LAVRADOR CEP.....: 49290000 Endereco.....: RUA JOSE ALVES DE MACEDO Centro Itabaianinha-SE Nº: 17 Fone.....: Cel.....: (79) 99664-5004		
*** Internacao ***		
Convênio.....: SUS Guia.(S/N).....: Clínica: CIRUR ORTOPEDICA Médico Solicitante.: JOSE PRADO FEITOSA Médico Responsável.: JOSE PRADO FEITOSA Quarto/Leito.....: Enfer. Masc. Sao Francisco - Leito 04		
*** Referências do Convênio ***		
Cartão Sus: ...: 898003258760588 Tem Direito a Acompanhante? Sim Opção de Acompanhante? Não		
*** Responsavel ***		
Nome.....: DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO Parentesco.....: Estado Civil.: Solteiro(a) Naturalidade...: ITABAIANINHA /SE Nacionalidade...: BRASILEIRO C.P.F.....: 07043905583 RG.....: 35823313 - SSP/SE Profissao.....: LAVRADOR Endereco.....: RUA JOSE ALVES DE MACEDO Fone.....:		

01.12.16

Leonardo S. D. Vieira
 Coord. Supervisor de
 Radiologia - CTR 0086 T
 Hospital Amparo de Maria



SUS
SISTEMA
ÚNICO
DE SAÚDE

CONAR
CONTROLADORIA, AVALIAÇÃO DE REGULAÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE ESTÂNCIA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº DO PRONTUÁRIO 21681	Nº DO LAUDO	Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR	Nº DO CARTÃO SUS 818002258760
---------------------------	-------------	-------------------------	----------------------------------

DADOS DO ATENDIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE ORIGEM HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ 13.258.637/0001-24
UNIDADE DE DESTINO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	CÓDIGO DA UNIDADE	CNPJ

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE Liliana dos Santos Vasconcelos	DATA DO NASCIMENTO 24/10/1978
NOME DA MÃE José Roberto dos Santos	SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
NATURALIDADE (CIDADE/UF) Amparo de Maria/SP	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO / ÓRGÃO EMISSOR
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua José Alves de Macedo, 17	MUNICÍPIO ONDE RESIDE Amparo de Maria
	CEP 13.290-000

DADOS DA INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO ☒	HORÁRIO DA INTERNAÇÃO Hs. Min.	CARÁTER ☐ URG. ☐ ELETIVA	TIPO	Nº DO LEITO	ENFERM.	CPF DO DIRETOR CLÍNICO
---	-----------------------------------	---	------	-------------	---------	------------------------

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente el. com + estenose + deformidade na região
clavicular D após trauma devido a queda
de motocicleta. Apresenta incapacidade
função do M. S.D.

CONDIÇÕES JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx clavícula evidenciando fratura

AGNÓSTICO INICIAL (SUSPEITA DIAGNÓSTICA)

Fratura clavícula D el. de nível

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento cirúrgico de fratura

CID 10 (do diagnóstico final) S400	DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente) Fratura clavícula D el. de nível
---------------------------------------	---

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO 01/12/2016	CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO 116743525-54	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0403010150
--	---	--

MÉDICO QUE SOLICITA INTERNAÇÃO (ASSINATURA / CARIMBO) 	CLÍNICAS ☐ 1-CIRURGIA ☐ 4-CUIDADO PROLONGADOS ☐ 2-OBSTÉTRA ☐ 5-PSIQUIATRIA ☐ 7-PEDIATRIA ☐ 3-CLÍNICA MÉDICA ☐ 6-TISIO PNEUMG ☐ 8-REABILITAÇÃO	SIST. PRÉ-NATAL Nº DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE Nº DO CÓDIGO DE PROCEDIMENTO
---	--	--

RESPONSABILIDADE DO CONAR

PROBLEMA SIM NÃO	SITUAÇÃO DO LAUDO ☐ APROVADO ☐ REJEITADO ☐ MUDAR O CÓDIGO DE PROCEDIMENTO PARA
------------------------	---

MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO)	MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO)	CPF / MÉDICO AUTORIZADOR	MÉDICO COORDENADOR DO SERVIÇO (ASSINATURA / CARIMBO)
---	--	--------------------------	---



ESTÂNCIA-SERGEIPE

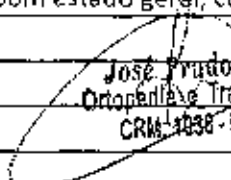
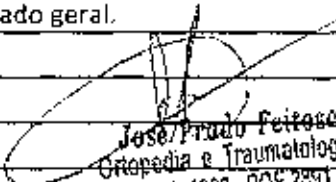
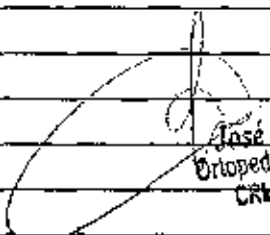
PRESCRIÇÃO MÉDICA E OBSERVAÇÕES

LEITO: FO 25

ARG.:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
02/12/2016	1 - DIETA LIVRE	SND	
	7 - CUIDADOS GERAIS	Póster	
	8 - PA E TPR DE 8/8 HS.		
	4 - PROFENID 01 AMP + 100 ML DE SFA 0,9% IV LENTO DE 12/12 HS.	24 12	
	5 - PLASIL 01 AMP + 18 AD EV DE 8/8 HS. SOS	SOS	
	6 - SIMETICONA 40 GTS. VO DE 6/6 HS. S/N	18 24 06 12	Enf. Eliângela Araújo COREN - 31377
	7 - EMPIRONA 2 CC + 08 AD IV DE 6/6 HS.	18 24 06 12	
	8 - TRAMAL 100 01 AMP. + 100 ML DE SF A 0,9% IV LENTO DE 12/12 HS. SN	20 OP	
	9 - CE-ALOTINA 1G IV DE 6/6 HS.	18 24 06 12	
	10 - SCAP HEPARINIZADO	Rm 1030	
	11 - CONTRAIL RADIOLOGICO	Cient	
	José Prado Feitosa Ortopedia e Traumatologia CRM: 1038-RQE 2891		
03/12/2016	1 - CURATIVO		
	2 - ALTA HOSPITALAR		
	José Prado Feitosa Ortopedia e Traumatologia CRM: 1038 RQE 2891		



Unidade Hospitalar: HOSPITAL AMPARO DE MARIA		Setor:		Leito:	
Paciente: DAVISON SANTOS NASCIMENTO		Idade: 21		Sexo: MASCULINO	
Reg:					
DATA	HISTÓRICO				
01/12/2016	O Paciente foi internado com fratura da clavícula direita com desvio para submeter-se à tratamento cirúrgico. O paciente apresenta-se com bom estado geral, consciente, orientado.				
	 José Prado Feitosa Ortopedia e Traumatologia CRM: 1038 - RQE 2891				
02/12/2016	Foi realizado o tratamento cirurgico da fratura da clavícula direita onde foi feito redução cirurgica com fixação da fratura. O paciente foi liberado da SO estabilizado, consciente, orientado e com bom estado geral.				
	 José Prado Feitosa Ortopedia e Traumatologia CRM: 1038 - RQE 2891				
03/12/2016	Alta Hospitalar				
	 José Prado Feitosa Ortopedia e Traumatologia CRM: 1038 - RQE 2891				

FICHA DE ATO CIRURGICO

PACIENTE: DAVISON SANTOS NASCIMENTO

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO

CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA

CIRURGIÃO: JOSÉ PRADO FEITOSA

AUXILIARES:

ANESTESIOLOGISTA: DR.

ANESTESIA: BLOQUEIO

DIAG. PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO CIRURGICO

1 - FEITO ASSEPSIA E COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS

2 - INCISÃO E ABORDAGEM DA FRATURA POR PLANOS

3 - REDUÇÃO CIRURGICA DA FRATURA

4 - FIXAÇÃO DA FRATURA

5 - SUTURA DA FERIDA CIRURGICA POR PLANOS

6 - CURATIVO

02 / 12 / 2016

DATA



José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1038 - RQE 2891

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Associação Beneficência Amparo de Maria

HOSPITAL AMPARO DE MARIA

Estância-Sergipe

FICHA DE ANESTESISTA

ANESTESIA

N. REGISTRO

N. INTERNAMENTO

NOME

DATA

ENF.

QUARTO

LEITO

SEXO

COR

IDADE

OPERADOR

AUXILIARES

DIAG. PREOP.

DIAG. POSOP.

OP. PROPOST.

PREMEDICAÇÃO

HORA

RESULTADO

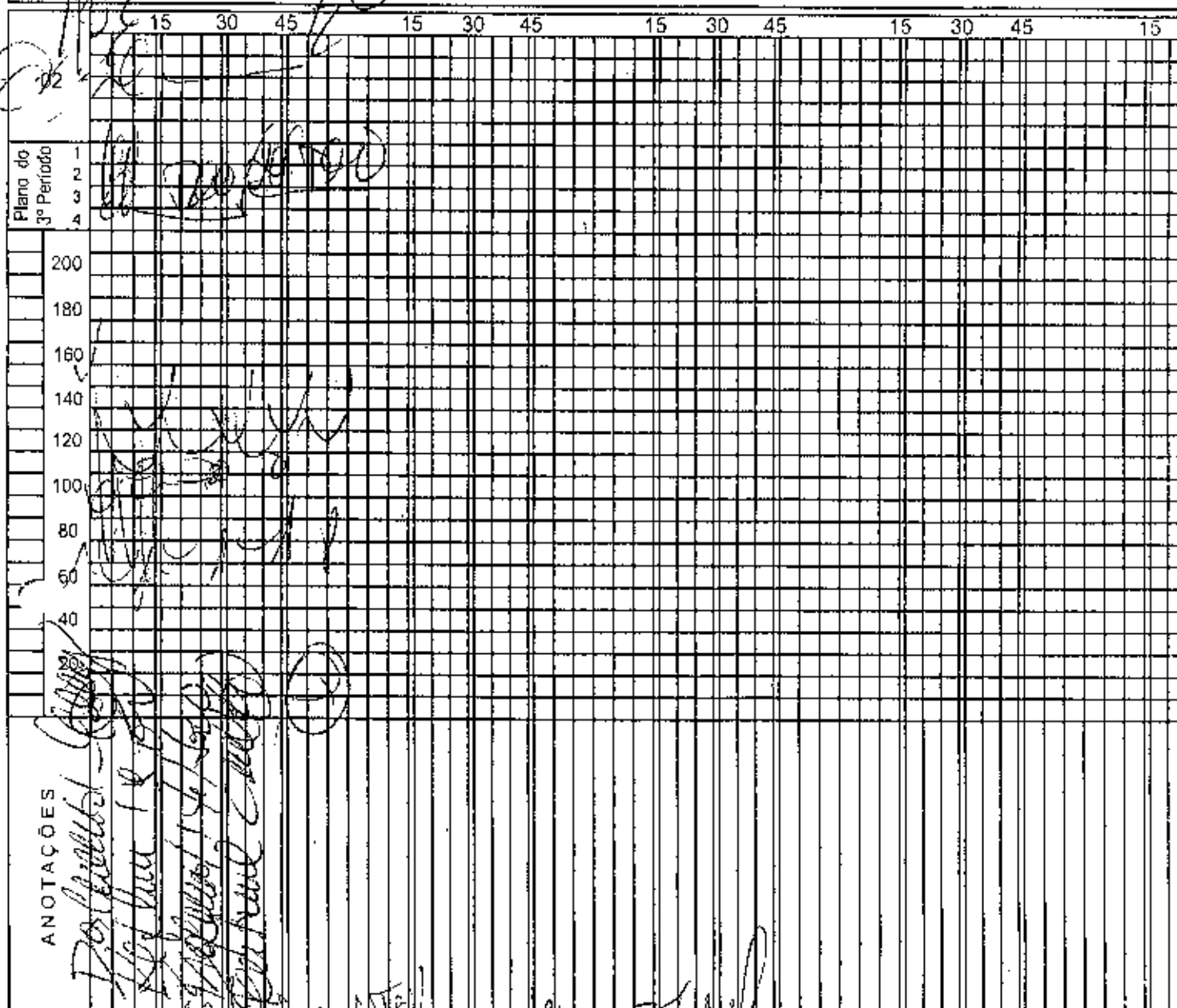
INICIO ANEST.

INICIO OD.

ALTURA ANEST.

RISCO OPERATÓRIO

ESTADO RISCO - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7



Agente Anestésico

Técnico

Aparelho

Indução

Posição

Local punção

Líquido retirado

Técnica

Posição após

Posição operatória

Resultado

Duração da operação

Duração da Anestesia

Consentência

Codução no final da operação

Nota de Medc./Mat. Sala de Cirurgia

Data 02/12/16 Hora Início 15:05 Fim 15:30 Classe Sus

Nome do Paciente Derilson dos Santos Maximiano

Operação Tratativa de Obstrução

Médico Dr. P. Prado Anestesia Rolando

Mat. Cirúrgico	Total	Preço	Medicamento	Total	Preço
Catgut Simples 2-0	0.1		Xylocain 1/2% 20ml	0.1	
Catgut Cromado			Endocaine 2% 20ml	0.1	
Fio de Seda			Adrenalin 1:1000 0.5		
Mononylon 3-0	0.1		Keflin 1g	0.1	
Laminas 2.4	0.5		Pentamid 100mg	0.1	
Gesso			Dormonid 1amp	0.1	
Ataduras 1/2 cm	0.2		Xylocain 1/2% 20ml	0.1	
Sonda			Pentamid 1amp	0.1	
Óxigênio	2l/min		Agua 1/2 litro 1amp	0.3	
Gase	0.4				
Alc. Alc. Mert. 70% 60ml					
Eter álcool 70% 60ml					
Luvas 4 x 8, 270	0.3				
Conj. Surgine					
Equipo macas 1/2	0.1				
Escalpe 1/2 20	0.1				
Espadrado	40cm				
Compressa	0.1 1amp				
Outros Eletrodo	0.1 1amp				
Seringa 10, 20, 30ml 0.1					
Agulhas descartáveis 20 x 1/2	0.1				
17 17 17 30 x 08	0.1				
17 17 17 30 x 08	0.1				
17 17 17 30 x 08	0.1				

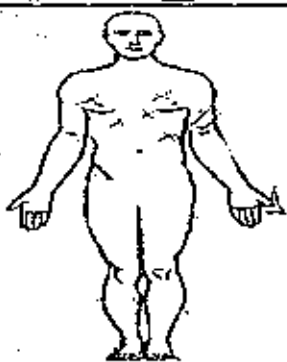
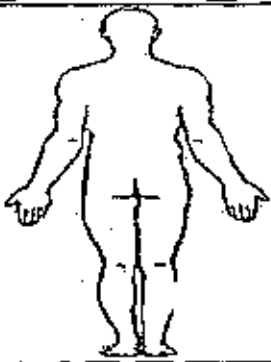
GRÁFICA ESTANCIANA - Fone: 3522-2245

17 17 17 30 x 08 0.1

Maria do Socorro Reis dos Santos
COREN - SE 70353
Auxiliar de Enfermagem

Assinatura do Responsável

SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA
TRANS-OPERATÓRIO

NOME: <u>D. P. S. S.</u>		PRONTUÁRIO: <u>22.03.93</u>									
RECEBIDO NA S.O. POR: <u>Dr. S. S.</u>		DATA: <u>22.03.93</u> SALAS: <u>1</u>									
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Acordado ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Comatoso ☐ Outros:											
CIRCULANTE: <u>Isolado</u>											
ENTRADA S.O. <u>10:15</u> hs		INÍCIO DA ANESTESIA: <u>10:15</u> hs									
FIM DA CIRURGIA: <u>11:30</u> hs		FIM DA ANESTESIA: <u>11:30</u> hs									
CIRURGIÃO: <u>Dr. P. Prado</u>		1º AUXILIAR									
ANESTESISTA: <u>Dr. S. S.</u>		2º AUXILIAR									
INSTRUMENTADOR: <u>Isolado</u>		3º AUXILIAR									
CIRURGIA PROPOSTA:		4º PEDIATRIA									
CIRURGIA REALIZADA: <u>Tratamento de lesão de pele "D."</u>											
TÉCNICA ANESTÉSICA:											
☐ Geral venosa	☐ Peridural sem cateter	☒ Bloqueio	☐ Sedação + local								
☐ Geral inalatória	☐ Peridural com cateter	☐ Sedação	☐ Bloqueio + local								
☐ Geral combinada	☐ Raqui-anestesia	☐ Local	☐ Bloqueio + sedação								
Tubo endotraqueal nº ☐ Sem cuff ☐ Tubo aramado nº ☐ Outros ☐											
Tubo endo brônquica nº ☐ Com cuff ☐ Máscara laringea nº ☐											
ASSEPSIA:											
☒ PVPI Tópico	☐ PVPI Alcoólico	☐ Clorexidina Degermante									
☐ PVPI Degermante	☐ Clorexidina Alcoólica	☐ Outros									
EQUIPAMENTO E ACESSÓRIOS UTILIZADOS:											
☐ Bomba de Infusão	☐ Desfibrilador	☐ Intensificador de imagem	☐ Monitor cerebral (BIS)								
☐ Capnógrafo	☐ Fibroscópio	☐ Manta térmica	☐ Monitor cardíaco								
☐ Cateter PIC	☐ Foco axilar	☐ Microscópio	☒ Oxímetro								
☐ CEC	☒ Fonte de luz	☐ Outros	☐ Videolaparoscópio								
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS:											
☐ Cabeça	☐ MSD	☐ MSE	☐ MIE								
☐ MID	☐ Calcanhar										
BISTURI ELÉTRICO:											
☐ Monopolar	☐ Bipolar	☐ Ultracision	☐ Outros:								
 		Placa bisturi ☐ Eletrodos ☒ Garrote pneumático ☐ Cicatriz AVP ☐ O ☐ E ☒ AVC ☐	COMPRESSAS GRANDES <table border="1"> <tr> <th>Entregue</th> <th>Devolvida</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> PEQUENAS <table border="1"> <tr> <th>Entregue</th> <th>Devolvida</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Entregue	Devolvida			Entregue	Devolvida		
Entregue	Devolvida										
Entregue	Devolvida										
POSIÇÃO DO PACIENTE:											
☒ Dorsal	☐ Ventral	☐ Ginecológica	☐ Lobotomia								
☐ Lateral D	☐ Lateral E	☐ Outras	☐ Semi-ginecológica								
SONDAS, DRENOS E CANULAS:											
☐ SNG nº	☐ SNE nº	☐ Fouchet nº	☐ Dreno Sucção nº								
☐ Guedel nº	☐ Cânula Traqueostomia nº	☐ Dreno Kher nº	☐ Dreno Pizzier nº								
Passagem Sonda de Foley ☐ Sem restrição ☐ Com restrição											
☐ Foley	☐ Sonda Netaton nº										
Passada por: _____											
Coren: _____											

SISTEMA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERI-OPERATÓRIA

SERVIÇOS REQUISITADOS

☐ Rx ☐ Laboratório ☐ Banco de sangue/Tipo ☐ Anatomia patológica/peça

Laboratório de Anatomia patológica

SOLUÇÕES DA MESA			MEDICAÇÕES	HORA	DIURESE	DESPREZADA NA SALA	
VOLUME	DESCRIÇÃO	QTDE			VOLUME	HORA	ASPECTO
500ml	SF 0.9%						
500ml	SG 5%						
500ml	SG 10%						
500ml	URL 2.5%						
1000ml	Manitol/Sorbitol						
250ml	SG 5%						
250ml	SG 10%						
100ml	SG 5%						
100ml	SF 0.9%						
100ml	SG 10%						
1000ml	3/Glicina						

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

CARIMBO

As 10:15 h. Paciente admitido no C.C. para submeter-se a tratamento cirúrgico de Estenose da 1ª art. Lombar direita, sob cuidados de Dr. Paulo Roberto de Almeida, de 45 anos, branco, casado, orientado, calmo, consciente, colaborativo, apnéico, os reflexos, circunscritos, no abdômen, com uso de sonda nasogástrica flutuando SR e S em MSE, sem alergia medicamentosa, sem doenças crônicas. Aférrico. S.V. 118 x 83 mmHg, Sat O₂ 98%, Fv 16,5 bpm, R=18 rpm.

As 11:20 h. Início do procedimento anestésico pelo anestesista Dr. Edson sem intercorrências.

As 11:30 h. Início do procedimento cirúrgico pelo ortopedista Dr. Paulo sem anomalias.

As 11:30 h. Término do procedimento cirúrgico. O paciente segue consciente, orientado, calmo, colaborativo, apnéico, os reflexos, circunscritos, no abdômen, com uso de sonda nasogástrica flutuando SR e S em MSE, sem alergia medicamentosa, sem doenças crônicas. Aférrico. S.V. 118 x 83 mmHg, Sat O₂ 98%, Fv 16,5 bpm, R=18 rpm.

Dr. do Socorro Reis dos S.
COREN-SE 10335
Auxiliar de Enfermagem

Dr. do Socorro Reis dos S.
COREN-SE 703753
Auxiliar de Enfermagem

Dr. do Socorro Reis dos S.
COREN-SE 703753
Auxiliar de Enfermagem

Dr. do Socorro Reis dos S.
COREN-SE 703753
Auxiliar de Enfermagem

PRONTUÁRIO CONTENDO: ☐ PECAS CIRURGICAS ☐ IMPRESSOS ESPECIFICOS

☐ EXAMES ☐ USG ☐ TC ☐ RMN ☐ ECG ☐ ECO ☐ HOLTER ☐ MAPA ☐ RX

LAB ☐ OUTROS

ENCAMINHA PARA: ☐ ENFERMEIRO

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA



Leito: _____
 Nome: Quilma dos Santos Maciel
 Pós-operatório
 Admissão na srpa às 11:35hs
 Data: 02/12/14
 1. Recebido Pós-cirurgia Fratura distal do

2. Tipo de Anestesia Monoblocio
 3. Em uso de:
 SNG ☐ _____
 SV ☐ _____
 DRENOS ☐ _____
 TRAQUEOSTOMA ☐ _____
 4. MONITORIZAÇÃO ☒ _____
 OXIMETRO ☒ _____
 MONITOR ☒ _____
 VENTILADOR ☐ _____
 CAPNOGRAFO ☐ _____
 PAM ☐ _____
 5. Hidratação Venosa: Central ☐ _____
 Periférica ☒ _____
 6. Incisão Cirúrgica: Limpa ☒ _____
 Úmida ☐ _____

SINAIS VITAIS									
HORAS PARAMETROS	11:35	12:00							
T									
P	93	91							
R	16	26							
SAT.O ²	95	95							
PA	15/9/4	15/8/4							

ÍNDICE DE ALDRETE-KROULIK

MINUTOS	0	30	60	120	180
RESPIRAÇÃO					
CIRCULAÇÃO					
SAT.O ²					
ATV. MUSC.					
CONSCIÊNCIA					
I.A.K.					

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE ALDRETE-KROULIK

RESPIRAÇÃO: 2 - Apto respirar profundo e tossir
 1 - Dispneia na respiração limitada
 0 - Apnéia
 CIRCULAÇÃO: 2 - PA mais ou menos 20 valor Pré-Anestésico
 1 - PA mais ou menos 25 a 50 valor Pré-Anestésico
 0 - PA mais ou menos 50 valor Pré-Anestésico
 SAT.O²: 2 - >92% S/O
 1 - >90% C/O
 0 - >90% C/O
 CONSC: 2 - Desperto totalmente
 1 - Desperto ao chamar
 0 - Não responde a estímulos auditivos

ATIVIDADE MUSCULAR: 2 - Apto a mover 4 extremidades
 1 - Apto a mover 2 extremidades
 0 - Apto a mover 0 extremidades

PRONT. CONTENDO:

RX: ☐
 OUTROS: ☐
 TOMO: ☐
 RNM: ☐
 MAMOGRAFIA: ☐
 ULTRASSONOGRAFIA: ☐
 EX. LAB.: ☐
 ECG: ☐

ECG: ☐
 OUTROS: ☐
 PERTENCES: _____

DATA: 02/12/14

ALTA ASSINADA ☐

ENCAMINHADA PARA ☐

UNIDADE ORIGEM ☐

UTI ☐

Maria Aparecida Silva
 ASS. ENF. AUX. ENF.

[illegible]



CNPJ: 13.258.637/0001-24 - Rua Dr. Jessé Fontes, nº 197

CEP 49.200-000 - Estância-Serpe - Fone/Fax: 3522-2354

Site: www.hramestancia.com.br - E-mail: hram@infonet.com.br

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Name: Devision der Sonderwerkzeuge

Data: 3/32/16	Leito: 15	Idade: 22	Data de Nascimento: 20/12/93
---------------	-----------	-----------	------------------------------

Registro de Sinais Vitais

[illegible]

Hora	Registros da Enfermagem	Procedimentos	Quant.
8:00	Paciente admitida neste setor para tratamento cirúrgico, calor, eritema, edema, dor, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Aspiração orotraqueal	
9:30		Balção Hidrico	
		Biopsia hepática	
		Cateterismo vesical	
		Cutâneo comum	
11:00	Paciente oculto de todos os membros.	Cutâneo especial	
13:00	Paciente caloroso, dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Cutâneo queimado	
		Dissecção vaginal	
14:00	Paciente com dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Higiene oral	
		Infravermelho	
		Instalação de Soroterapia	
16:00	Paciente com dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Intubação traqueal	
		Lavagem gástrica	
		Lavagem intestinal	
		Lavagem vesical	
18:00	Paciente com dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Nebulização	
		Paracentese	
20:00	Paciente com dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Punção lombar	
		Punção pleural	
		Punção venosa scalp	
		Toracocentese	
22:00	Paciente com dor no abdômen, vômito, diarreia, febre, dispnéia, tosse.	Traqueostomia	
		Tricotomia	
		Troca da fralda	

Hora	Registros do Enfermagem	Procedimentos
09:00	Encaminhada para CC diurno Realizada avaliação PA 130x80 mmHg	
12:00	Retornou para o NUP, com 150 de Lactação para colar, realizada	
13:00	Paciente no leito, calor, consciente, corada, afeto resposta, sem febre, eletrocardiograma em caso de vida	

A Clínica de Maria!

NOME : DEVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

SOLICITANTE : Dr (a). -

CONVÊNIO : PART.

IDADE : 20/12/1994

DATA : 28/12/2016

REGISTRO : 15652

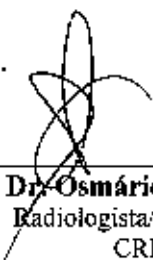
DIGITADOR: Paula J.

LAUDO RADIOLÓGICO

CLAVÍCULA D:

Controle de fratura e osteossíntese na clavícula.

Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299



Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212



RELATÓRIO MÉDICO CONCLUSIVO
ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE TOMAR DO GERU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

DELTON DE JESUS MEIRELLES

O paciente acima, portador do RG
3.582.331-3 SSP, SE, nasceu ocu-
to de Motocicleta em 28-11-2016,
com quadro de fratura da clavícula
direita, sendo realizado tratamento
cirúrgico e redução cirúrgica e fixação
de fratura.
O procedimento foi realizado dia 02/12
no Hospital Campos de Maré e
alta hospitalar dia 03/12/2016.
CID: S42.0

DR. FRANCISCO CAVALCANTE
MÉDICO
CRM 1445

DATA:

05/12/18

Carimbo e Assinatura do Médico * -

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 045 77 4818	CPF da vítima: 070.439.055-83	Nome completo da vítima: Deivison dos Santos Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Deivison dos Santos Nascimento		CPF: 070.439.055-83
Profissão: sem profissão	Endereço: Rua José El Macedo	Número: 17
Bairro: Mutirão	Cidade: Itapianinha	Estado: SE
E-mail:	CEP: 29290-000	Tel.(DDD): (39) 30237644

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 POUPOANÇA (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: _____

AGÊNCIA: **2917** CONTA: **0000 9069**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

13 DEZ. 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: **Itapianinha/SE, 12/12/2018**

Nome: **Deivison dos Santos Nascimento**

CPF: **070.439.055-83**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deivison dos Santos Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITABAIANINHA

RUA DR. JOSÉ VIANA FILHO, CENTRO FONE: (35) 3544-1358

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/06553.0-000654

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITABAIANINHA

Endereço: RUA DR. JOSÉ VIANA FILHO, CENTRO FONE: (35) 3544-1358

FATO

Data e Hora do Fato: 28/11/2016 - 20:00 até 28/11/2016 - 20:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49290-000

Bairro: POVOADO ALDEIA Cidade: ITABAIANINHA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ITABAIANINHA

Tipo de local: OUTROS Meio Empregado: OUTRO

Mais informações sobre o endereço: RUA LAURENTINO FURTUOSO NASCIMENTO



VÍTIMA - NOTICIANTE

Nome: DEIVISON DOS SANTOS NASCIMENTO

Nome do pai: JOILSON DOS SANTOS NASCIMENTO Nome da mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 35823313 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: ITABAIANINHA Data de nascimento: 20/12/1994 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: LAVRADOR Estado civil: Convivente Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: ÚLTIMA RUA Número: S/N Complemento:

CEP: 49.290-000 Bairro: MUTIRÃO Cidade: ITABAIANINHA UF: SE

Proximidades: Telefone:



[Assinatura]
Rafaela Carolina G. dos Santos
Delegada de Polícia Civil

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia e hora acima assinalados sofreu um acidente de motocicleta, HONDA CG 125 FAN, Placa policial 14F-3D36, CHASSI 9C2JC30708R199784, RENAVAM: 00977082987, cor preta, de propriedade de Jorge Augusto de Oliveira, que retornava da roça com um colega quando perdeu o controle da motocicleta numa curva e caiu dentro de uma "grola", que sofreu escoriações e fraturou a clavícula, que desmaiou e somente acordou no hospital.

Data e hora da comunicação: 23/08/2017 às 17:14

Última Alteração: 23/08/2017 às 17:14

OBS: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que falhar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação do autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

[Assinatura]
DEIVISON DOS SANTOS NASCIMENTO
Responsável pela comunicação

[Assinatura]
Maurício Porto Espinheira Filho
Responsável pelo preenchimento

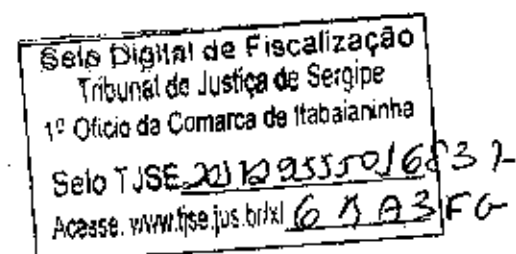
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO JUDICIAL JOSÉ GOMES DA COMARCA DE ITABAIANINHA-SE
Registro de Imóveis, Tabelião de Notas e Protesto
TITULAR: JOÃO LUISA GOMES
SUBST. SÁBRIA MORTIERO GOMES SOBRAL

Certifico e dou fé, que a presente cópia é a reprodução do original que me foi apresentada.

25 ABO. 2017 Itabaiânia-SE

Em test* *[Assinatura]* da verdade Dou fé.

O TABELIÃO



HOSPITAL SÃO LUIZ GONZAGA

28/11/2016 10:15:45

Praça Orlando Ferreira Alves, 101 - Bairro Conveniência - Itabaianinha - SE - CEP 49290-000 - Fone: (13) 3644-
CNPJ - 13.098.041/0001-64

PRONTUÁRIO

478.238

Data do Atendimento : 28/11/2016 10:15:38

Nome do Paciente : DEVISON SANTOS NASCIMENTO

Data Nasc.: 10/12/1996

Nome da Mãe: JOSEFA DORIA ALVES DOS SANTOS

Profissão : LAVRADOR

Sexo : M Est. Civil: S

Responsável :

Grau Parentesco :

Endereço : RUA JOSE ELVINO DE MACEDO, 7

49290000

Bairro : MULTIRAO

Cidade : ITABAIANINHA

UF : SE

RG : 35823313

- SSP

CPF : 07.043.905-58

Cartão SUS : 898003258760568

Telefone Contato : () -

Celular : () -

Médico Responsável : KIM LIMA NASCIMENTO

Josefa Doria Alves dos Santos

Assinatura (Paciente ou Responsável)

FICHA DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

DATA PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO HORÁRIO EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

① Transferência HOJE 10:53

② Curativo. *feito*

Paciente, relato queda de
moto há ± 20 horas.

Queixos de "forti", dor
aguda em região da
clavícula com sinais de
fratura. Apresenta imo-
bilização nos ombros, nítida
distal, pouca MIE.

Não houve medica-
ção. PA = 100 x 70
mmHg



G. 000 / T. 000 / M. 000

Kim Lima Nascimento
Kim Lima Nascimento - Médico
CRM 4435 MIP 14023644