

PROCURAÇÃO

Outorgante	Anyane Claures Guedes		
Estado Civil	Solteira	Profissão	Estudante
Nacionalidade	Brasileira	CPF	
RG		Telefone	
Endereço/CEP:			
Representante/Assistente	Francisco Sales Guedes		
Estado Civil	Solteiro	Profissão	Vendedor
Nacionalidade	Brasileira	CPF	657.006.432-00
RG	659536	Telefone	(68) 9232-1363
Endereço/CEP: R: Edelberto de Souza, 482, apt, B: Chico Mendes, cep: 69.802-630, Rio Branco-AC			

Outorgada: SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA, brasileira, advogada OAB/SC 15.430, com escritório na Rua Wenceslau Spancerski, 350 centro, Orleans, SC, CEP.: 88.870-000. (Fone/Fax 48.3466.43.06)

Poderes: Defender os Direitos do Outorgante, como autor ou réu, em juízo ou fora dele, em qualquer fórum ou instância, podendo dito outorgado, requerer e assinar o que julgar necessário, oferecer todo o gênero de provas e usar de todos os meios e recursos legais, para o que lhes confiro os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "ADJUDICIA" e os especialmente necessários para, onde com esta se apresentar, mover, variar ou desistir de quaisquer ações, transigir ou renunciar em Juízo ou fora dele; receber quantias e dar quitação; arrematar ou adjudicar em qualquer praça ou leilão, prestar compromisso de inventariante, fazer as respectivas declarações, em qualquer inventário ou arrolamento, substabelecer com ou sem reserva de poderes, em todo ou em parte, a presente procuração em que lhe convier, requerer e praticar perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal o que julgar conveniente à defesa dos meus direitos e interesses, podendo receber valores oriundos de Ação Previdenciária.

Poderes Especiais: REPRESENTAR SEUS INTERESSES NOS AUTOS DE AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT), INCLUSIVE, PODERES PARA REPRESENTÁ-LO EM AUDIÊNCIA, SUBSTABELECER, TRANSIGIR, RECEBER E DAR QUITAÇÃO.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, acima qualificado(a), **DECLARO** para os devidos fins e efeitos legais, que sou pessoa pobre segundo o que prescreve a Lei 1060/50, e não possuo recursos para custear processo judicial, sem prejuízo do sustento próprio e/ou de minha família.

Rio Branco /RO, 22 de fevereiro de 2016.

OUTORGANTE/DECLARANTE Francisco Sales Guedes



BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 025.167.762-17

Nome da Pessoa Física: ARYANE CLAURES GUEDES

Data de Nascimento: 23/09/2008

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 11/05/2011

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 12:03:43 do dia 24/02/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: D565.365A.E657.DD33

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da

Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br.

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCISCO SALAS GUEDES

Nº de inscrição
657006432-00

Cota do Nascimento
28/09/78

RG 40708-0
0523841-2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PI.15

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDO

Francisco Salas Guedes

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

000659516 PIAUÍ 12/08/97

FRANCISCO SALAS GUEDES

FILIAÇÃO
MIGUEL GUEDES DE OLIVEIRA
ROSENA SALAS GUEDES

TERCEIRIDADE
GUAJARA MIRIM -RO 28/09/1978

DOC. ORDEM
CERT NASC 27807 FL 237V LV 649

EXP GUAJARA MIRIM/RO 27/10/81

Assinatura
Francisco Salas Guedes

FRANCISCO SALAS GUEDES

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em 19/02/98

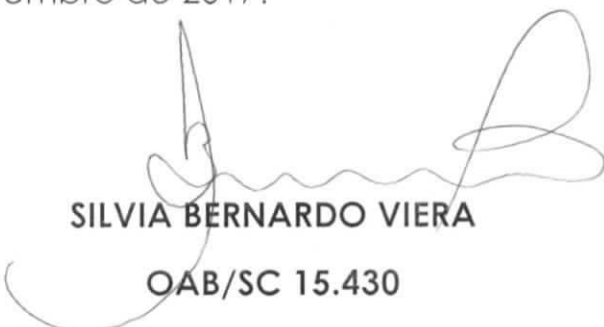
Prof. Luiz Carlos de Lima 1. VIA

Car. RNT-1

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, os poderes a mim conferidos por ARYANE OLIVEIRA GUEDES REPRESENTADA FRANCISCO S. GUEDES para fins de ajuizamento de ação de cobrança de seguro obrigatório (DPVAT) contra **SEGURADORA LÍDER CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, na pessoa do Dr. **JOSÉ FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/AC 3504, com endereço profissional na Rua das Palmeiras, n.º 119, Bairro Bela Vista, Floresta, Rio Branco/AC, CEP 69.900-779.

Orleans/SC, 27 de novembro de 2017.



SILVIA BERNARDO VIERA

OAB/SC 15.430

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Francisco Solos Guedes, brasileiro(a)

Solteiro

(a),

CPF 65700643200 residente e domiciliado(a) na R: Isidoro de Souza
n.º 482, bairro Olho Verde, RIO BRANCO/AC, declara a quem de
direito possa interessar que é a pessoa pobre e que não possui
condições de arcar com as custas processuais e honorários
advocatícios de qualquer demanda judicial sem que haja prejuízo do
sustento próprio e de sua família, pelo que requer lhe seja concedida a
gratuidade judiciária, nos termos da lei vigente.

RIO BRANCO, AC, 22 de fevereiro de 2016.

DECLARANTE

Francisco Solos Guedes



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA

Número

56.402

Série

00007/6m/Re



Francisco Sales Guedes

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome

Thomaz de Sales Guedes

Loc. Nasc.

LOC. Nasc. Guaporé - Guim. Ro Est. RS Data 28.09.1978
 Filiação Orsuel Guedes de Oliveira e Rosenda Sales Guedes

Filiação

Doc. n°

Doc. n° Cent. name 27807 pgs 237 livro A-49

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em.

Doc. Ident. n°

Exp. cm.

Estado

Obs.

Data Emissão: 17 09 97

DRT

1 PAT 16. MIRIM-BO

Assessoria de Planejamento de Castro
Agente Administrativo
Matricula nº 0697604

Nome

Doc.:

Nome

Doc...

Norme

Doc.:

Est. C

Norme

Doc.:

Est. C

Norme

Doc.:

NASC

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data de nascimento)

12

CONTRATO DE TRABALHO
INSC. NO CAD. DO CEI

Empregador **38.670.00837/77**
CGC/MF **PILAR ENGENHARIA LTDA.**
Rua **Av. 15 de Novembro, 1999**
Município **Sorria - CEP 78957-000** Est. **MT**
Esp. do estabelecimento **NO**
Cargo **Servente**
CBO nº
Data admissão **01 de Setembro de 2000**
Registro nº **007** Fls./Ficha **32**
Remuneração especificada **R\$ 256,70 (duzentos e cinquenta e seis reais e setenta e sete centavos) mensais**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Data saída **31 de Outubro de 2000**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

13

Empregador **SCHAHIN ENGENHARIA LTDA**
CGC/MF **07.219.01581/78**
Rua **ESTRADA DO PALHEIRO KM 05**
Município **Cuiabá - MT** Est. **MT**
Esp. do estabelecimento **Construção Civil**
Cargo **SERVENTE**
CBO nº
Data admissão **08 de Janeiro de 2002**
Registro nº **0191** Fls./Ficha
Remuneração especificada **R\$ 104 (hum cent e quatro centavos) mensais**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Data saída **16 de Junho de 2002**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Com. Dispensa CD Nº

14

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **00.818.517/0001-92**
ENPA ENGENHARIA E
PARCERIA LTDA
CGC/MF **Av. General Balmir de Noronha, 519**
Jardim Guibá - Cep 78.020-100
Rua **1. Cuiabá** N° **MT**
Município Est.
Esp. do estabelecimento **Const. Civil**
Cargo **Apontador**
CBO nº
Data admissão **20 de maio de 19 2004**
Registro nº **411** Fls./Ficha
Remuneração especificada **R\$ 1.230,00 (uma mil e vinte e três centavos) p/mês**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Data saída **03 de novembro de 2004**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador **67.156.943/0002-60**
SOTRAM - CONSTRUTORA E
TERRAPLENAGEM LTDA
CGC/MF **AV. THOMAZ LUIZ ZEBALLOS, 1089**
Município **CENTRO - CEP 85980-000** Est.
Esp. do estabelecimento **QUAIRA - PR**
Cargo **Gradista**
CBO nº
Data admissão **01 de Agosto de 19 2005**
Registro nº Fls./Ficha **20 (dois 03)**
Remuneração especificada **R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) p/mês**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Data saída **15 de Setembro de 19 2005**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Com. Dispensa CD Nº

10

92 779 503/0001-25

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
CONSTRUTORA CASTILHO S/A

Av. 7 de Setembro, 4476, 12º andar

CGC/MF.....
CEP..... 80260-080

Rua..... Nº.....
Município..... Curitiba Est. Paraná

Esp. do estabelecimento.....
Cargo..... Expediente

CBO nº..... 35140

Data admissão..... 12 de Julho de 2006

Registro nº.....
Fis./Ficha.....

Remuneração especificada..... R\$ 230 (Doiscentos e trinta reais) por hora

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....
João Carlos Braghini

1º.....
2º.....

Data saída..... 18 de Novembro de 2006

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....
João Carlos Braghini

1º.....
2º.....

Com. Dispensa CD Nº..... 235607629

17

10.177.700/0001-00

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
ICHI NISHIZAWA

Av. Castelo Branco

CGC/MF.....
Cep- 69.925-000

Rua..... Nº.....
Município..... Bom Jardim Est. Rio de Janeiro

Esp. do estabelecimento.....
Cargo..... Promotor de Vendas

CBO nº.....

Data admissão..... 01 de Setembro de 1999

Registro nº.....
Fis./Ficha.....

Remuneração especificada..... R\$ 817,50 (Oitocentos e dezessete reais e cinquenta centavos) por mês

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....
Ricardo Nishizawa

1º.....
2º.....

Data saída..... 06 de Março de 2005

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....
Ricardo Nishizawa

1º.....
2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

18

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CGC/MF.....

Rua..... Nº.....

Município..... Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão..... de..... de 19.....

Registro nº.....
Fis./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....

1º.....
2º.....

Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....

1º.....
2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

19

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

CGC/MF.....

Rua..... Nº.....

Município..... Est.

Esp. do estabelecimento.....

Cargo.....

CBO nº.....

Data admissão..... de..... de 19.....

Registro nº.....
Fis./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....

1º.....
2º.....

Data saída..... de..... de 19.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.....

1º.....
2º.....

Com. Dispensa CD Nº.....

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 03/06/2018 às 15:27, sob o número 07061883420188010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0706188-34.2018.8.01.0001 e código 1D444F9.



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420, Fone:
3225-6220.

OCORRÊNCIA Nº: 3569/2015 - Registrado em 27 de Julho de 2015 às 10:25h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 26/07/2015 às 10:50hs, Domingo

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:		Nº:	CEP:
Bairro:	JOAO EDUARDO II	Tp de Local:	VIA URBANA
Referência:	VIA PÚBLICA		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

FRANCISCO SALAS GUEDES (36), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Ambulante vendedor, RG Nº: 659516/SSP, CPF: 657.006.432-00, nascido em 29/09/1978, MÃE ROSENDA SALAS GUEDES, Endereço: 21 - CASA 492, APTO 03, CHICO MENDE - Bairro: SAO FRANCISCO - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9232-1863.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

ARYANE CLAURES GUEDES (6), do sexo feminino, Brasileira, nascida em 23/09/2008, MÃE FRANCISCA SALES GUEDES, Endereço: (A Apurar).

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

INFORMA A COMUNICANTE QUE A VÍTIMA, QUE VINHA SOZINHA DA CASA DA VIZINHA, ESTAVA RETORNANDO PRA CASA, PELA CALCADA, QUANDO UMA MOTO IDENTIFICADA POR TESTEMUNHAS, EM ALTA VELOCIDADE E POSSIVELMENTE DESCONTROLADA, INVADIU A CALÇADA VINDO A GERAR VÁRIOS TRAUMAS NA MENOR DE SEIS ANOS. FOI ATENDIDA NO HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO CONFORME BE: 2247387, DE 26.07.2015, SENDO QUE NÃO FOI APRESENTADO BAT.

FABRIZIO LEONARD DA SILVA SOBEIRA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

FRANCISCO LEONARSON FERREIRA DE
MOURA
ATENDENTE

Francisco Salas Guedes
FRANCISCO SALAS GUEDES
COMUNICANTE

DETRAN
ACRE

GOVERNO DO
Povo do Acre
SERVIR DE TODO CORAÇÃO

**BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO**

01 NÚMERO BAT

0053

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA

Rua Alvaro Cesar, n-42

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

06 HORA DA OCORRÊNCIA

08:15

07 ZONA RURAL / URBANA

08 DATA

26/07/15

09 DIA DA SEMANA

Domingo

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☒ 1COLISÃO ☐ 3TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1CONCRETO ☐ 3PARALELEPÍEDO ☐ 5CASCALHO ☐ 7TERRA ☐ 9AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1MOLHADA ☐ 3OLEOSA ☐ 5ELAMEADA ☐ 7DANIFICADA ☐ 9OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1CHUVA ☐ 3NEBLINA ☐ 5GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

01
(um)

15 Nº DE VÍTIMAS

02 (duas)

SEM VÍTIMAS ☐ 1COM VÍTIMAS ☒ 2

16 NOME CONDUTOR

Paulo Sergio Pessoa da Silva (99905328)

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

16/09/53

19 ENDEREÇO

Travessa Tamarati, n-130, B. Jardim Eduardo II

20 1ª HABILITAÇÃO

17/06/2009

21 CATEGORIA

A

22 PRONTUÁRIO

04675171472

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

Honda CB 125 Fan

28 ESPÉCIE

Moto

29 PLACA

MZU3192

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

9C2JC41109R027971

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

36 AVARIAS

Setor lateral esquerdo

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro e Bairro

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Atendida pelo SAMU

PONTOS

37 CARRO

39 MOTO

☒

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

16 NOME CONDUTOR

43 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

16 ENDEREÇO

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

54 ESPÉCIE

55 PLACA

56 MUNICÍPIO

57 UF

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☐

62 AVARIAS

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PONTOS

63 CARRO

65 MOTO

☐

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

76 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

Contare

Com o Original

Em 30/07/15

Shirlene
Shirlene Ramos Mota Silva
Divisão de Atendimento ao Público
Habilitação / Detran/AC

*** PAGAMENTOS PROGRAMADOS ***

Sinistro	Vítima	Beneficiário	Cobertura	Valor	Data de Crédito	Dados bancár
3150908307	ARYANE CLAURES GUEDES	FRANCISCO SALAS GUEDES	INVALIDEZ	R\$ 1.350,00	19/02/2016*	104 / 02278- /

Enc: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

seg 19/03/2018 11:12

Para:scbvadvogados@outlook.com <scbvadvogados@outlook.com>;

De: Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com>

Enviado: quinta-feira, 8 de março de 2018 17:11

Para: Silvia Cristina Bernardo Vieira

Assunto: Re: Esclarecimentos sobre periciais para processos judiciais - DPVAT

Sr. Silvia Vieira,

Informamos que todas as solicitações das Vara Cíveis, do Judiciário, estão sendo atendidas, através de agendamento conforme a disponibilidade de atendimento para casos Cíveis no IML.

Outrossim, informo que a partir do dia 15 de janeiro de 2018, estamos atendendo através de solicitação do Ministério Público do Estado do Acre - MPAC

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:31, Instituto Médico Legal IML <imlac2013@gmail.com> escreveu:

Acuso recebimento.

Att,

SECRETARIA DO IML

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350

Av. Antônio da R. Viana, nº 1248 -CEP: 69.900-526, Vila Ivonete - Rio Branco/AC

Em 26 de fevereiro de 2018 15:08, Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com> escreveu:

Prezada Sra Luécia, conforme combinado agora há pouco por telefone estou lhe reencaminhando este -mail.

Favor confirmar o recebimento e se possível me informar algum prazo de retorno.

Desde já obrigada pela atenção.

Silvia Bernardo Vieira

De: Silvia Cristina Bernardo Vieira <scbv_7@hotmail.com>

Enviado: terça-feira, 6 de fevereiro de 2018 12:07

Para: imlac2013@gmail.com

Assunto: Esclarecimentos sobre perícias para processos judiciais - DPVAT

IML – INSTITUTO MÉDICO LEGAL DE RIO BRANCO – ACRE

Ref.: Realização de Perícias para fins de Cobrança de Indenização DPVAT

Prezado Diretor Dr Alexandre Baroni Oliveira;

Eu, **SILVIA CRISTINA BERNARDO VIEIRA**, advogada, OAB/SC 15430, com sede do escritório na [Rua Campos Elisios, 295](#), Centro, município de Orleans, SC, venho com o devido acato solicitar informações sobre a realização de perícias para fins de cobrança de indenização do Seguro Obrigatório (DPVAT), pelas razões abaixo explicadas.

Temos sido intimados nos autos de ações judiciais, ajuizadas na Justiça Estadual Comum da Comarca de Rio Branco – Acre, para apresentar Perícia realizada pelo IML, ato contínuo, encaminhamos nossos clientes ao IML para se submeter à referida perícia.

Todavia, nossos clientes têm retornado sem a perícia, alegando que o IML não está fazendo, por consequência, o judiciário tem determinado a extinção das ações com o seu arquivamento.

Diante desta realidade, vimos, formalmente, solicitar informações, por escrito, para que possamos apresentar ao judiciário, sobre as razões pelas quais tais perícias não têm sido realizadas.

Acaso as perícias possam ser realizadas gostaríamos de saber qual o procedimento e as exigências deste órgão para a sua realização, só assim tomaremos todas as medidas cabíveis para cumprir tais exigências.

Por fim, solicitamos a confirmação do recebimento deste e-mail, bem como que a resposta seja encaminhada através do mesmo.

Atenciosamente.

Orleans, SC, 06 de fevereiro de 2018.

Silvia Bernardo Vieira

OAB/SC 015430

(48) 98845 4313



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital da Criança

RELATÓRIO DE ALTA

NOME:	Leyane Maurer Guedes		REGISTRO:		
IDADE:	6 anos	DATA DE ADMISSÃO:	02/08/15	DATA DE ALTA:	12/08/15
Resumo da história e exame físico à admissão	Paciente previamente do HUE 23, onde permaneceu por sete dias em UTI por lesão extensa de acidente por atropelamento com ferimento por um TCE modificado e lesão hepática. Durante internação em UTI foi submetida a uma laparotomia para correção de lesão hepática grau III de segmentos hepáticos VI e VII. apresentando contusão pulmonar, foi realizada inspeção de cavidade abdominal da qual foi drenada 300 ml de sangue; foi então instituído terapia com ceftriaxona (57) e miniterna (56) e clonazepam. Foi admitida na enfermagem desta unidade com quadro clínico estável, porém não sustentando a cabeça. No exame admissional apresentando: em: com estado geral físico atípico, com hematoma em olho direito, ferimento suturado em região ocular direita, não sustentando a cabeça devido à dor intensa. FC: 133 FR: 33 SatO2: 97% AC e AR normais. Abdomem com RHA (+). Flácido, timpânico. Sem icterícia, apresentando ferida operatória em bom aspecto - sem sinais flogísticos. Foi continuada a terapia com ceftriaxona e clonazepam sendo solicitada Raio-x cervical. Paciente evolui com melhora de dor, em região cervical, conseguindo realizar sustentação da cabeça. Paciente foi avaliado pelo neurologista, que não evidenciou alterações ao exame físico e o exame de raio-x cervical. Paciente recebe alta no dia de hoje, assintomática, apresentando bom padrão de sono - evoluindo bem intercorrências durante as últimas 24 horas.				
Impressão Inicial					
Conduta Diagnóstica e Terapêutica Inicial					
Diagnósticos confirmados ou suspeitos					
Evolução na Enfermaria					
Resposta ao Tratamento					
Intercorrências					
Novos Diagnósticos					
Mudanças de Condutas					
Resultados de Exames Complementares					
Condições de Alta					
Prescrições na Alta (com respectivas doses)					
Orientações					
Seguimento planejado					
12/08/15 Dr. Patrícia Delgado Médica CRM/AC-1880					
Data	Médico Responsável	M ^c Gláucia			
12/08/15		Médico Residente			



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital da Criança



EXAME FÍSICO

BIOTIPO		PESO	ALTURA	IMC
FC 133	FR 53	TEMP 36	PA	
INSPEÇÃO GERAL				
Aspecto geral, fâcies, atitude no leito, icterícia, cianose, hidratação, nutrição, mucosa, pele, fônero, deformidades, outras peculiaridades evidentes.		fúrcia atípica, com hemicoma no lado direito (D).		
CABEÇA E PESCOÇO				
Assimetria deformidades, crânio, pelos, globo ocular, escleróticas, conjuntivas, pupilas, nariz, orelhas, cavidade oral, faringe, linfonodos, tireoide, vasos, fúrcula esternal.		fúrcia saturada, região cervical (D) não sustenta a cabeça por alguns instantes.		
EXAME DO TORAX				
Inspeção geral, deformidade assimétrica, dinâmica, mamas, linfonodos supraclaviculares, axilares.				
APARELHO RESPIRATÓRIO				
Dinâmica respiratória, expansibilidade, maciez, timpanismo, frêmitos, murmúrio, sopros, estertores, sibilos, roncos, atritos, voz.		MURMÚRIO BNF. RR. 21/S.		
PRECÓRDIO				
Ictus (sede, intensidade, extensão, duração, forma, mobilidade), frêmitos, choques valvares, ritmo, bulhas anormais, fôrese, desdobramentos, sopros (sede, tempo, duração, intensidade, timbre, tom, localização, manobras, outros) estabelecidos.		FC: 133. FR: 53. T: 36. Saturação: 97%.		

Drª Samara Cavalcante
PRM - Pediatra
CRM - AC 1656

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade

ANEXO I



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da UTI Pediatria

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital da Criança

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE
Argemir claudes Guedes

2 - Nº DO PRONTUÁRIO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
700607421729665

8 - DATA DE NASCIMENTO
13/09/08

9 - SEXO
Masc

1 Fem

13

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

NOME DA MÃE
Tatiana claudes Pacheco

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
0007 9231 386

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Parque Flávio - João Eduardo

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

AC

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Pet proveniente do UTI de fúria
etropelomente, politraumatismo TCE
moderado.*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE moderado.

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 03/06/2018 às 15:27, sob o número 07061883420188010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0706188-34.2018.8.01.0001 e código 1D444FD.

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

44 - DOCUMENTO

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

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

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS

CPF

95097090268

CRM - AC 1855

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE UTI TIPO I

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTDE

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ECA

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF

Dr. Samara Cavalcante
PRM Pediatra
CRM AC 1856

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

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

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

CNS

CPF



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança - SASMC

NOME:

Nº DO PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA:

LEITO:

DTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES, CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICOS. CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO ROFISSIONAL QUE FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO DO PACIENTE	RUBRICA
4/08/15	# 3º DIH # TCE moderado # exatidão D2. sem complicações pela mãe, voluta melhora da dor no nível cervical, mantém color cervical cicatrizantes bem dista expulsa. F.F. pronta. Cesã: REE, AAN, amplexa, cordão, liberação AP. MVB S/RA REV: REC AT NIF S/S AND: pressão, deforma no palpeço profundo, exatidão de F.O longe e bem expulsa de exatidão. NIF S/A Vas Equivale pueril + durav. conjuntiva ínteg. Ed. mte + mte de ex. de edine cervical + mte fte de exatidão de mte de mte Clique mte de mte	

Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança - SASMC
Encaminhamento de Alta da U.T.U

Prontuário	Paciente	Idade
	Aguirre Claudes Guedes	6a
Sexo	Profissão	Data da internação
Masc ☐ Fem ☒		26/07/15

História clínica
Paciente vítima de acidente por atropelamento, proximo de 14h30, com politraumatismo, caracterizado por TCE moderado e lesão hepática. Foi submetida a uma laparotomia para correção de lesão hepática grau III, do segmento II e III. Paciente também apresentou contusão pulmonar. Foi retirado 222 ml de sangue da cavidade abdominal. Paciente evoluiu com melhora clínica, porém não está sustentando a coação.

Diagnóstico prévio
- TCE moderado
- Contusão Pulmonar
- Trauma abdominal (lesão hepática)

Tatamento recebido
- ceftriaxona 07
- paracetamol periodicamente
- clonazepam.

Condições de alta
Paciente recebe Alta tolerando dieta Oral, em ar ambiente, orientado, orientado, hidratado.
AR = MUA/SA.
AV = BR/OT.
Apresenta dificuldade para sustentar o peso, e/

Observação
Foi avaliado pelo neurocirurgião e liberado para alta.


Responsável

Data:

02/08/15



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde

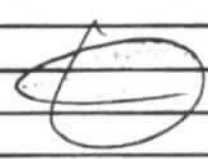
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

NOME:	Chyane Claures Pineda	REGISTRO	LEITO:
DATA/HORA	OBSERVAÇÕES/IMPRESSÕES/CONDUTAS		ASSINATURA
12/08/25.	# 11º DIH # TCE moderado / politraumatismo por atropelamento. nenhum acometimento pela pele, relato por via de sero. Excluído hem sem intercorrências desde as 24h. FF. prats CR: EF. BEG, AAA, supressão, hinchada, corado. AP: NUP S/RA RU: PCR LT BNF S/S ABD: flácido; RHA, indolor. S/VMB palpáveis. F.O limpa, sem sinais fêbriles. MMIF: S/A. LD: mordidas + Rubeola alta hoje com erupções de caráter ligêre, veiculação. Complementos de curativos e desenvolvimento. + Ex. de rubeola pedinte		Dra. Patricia Delgado Médica CRM/AC 1880



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

NOME:	Chiane Clauws Figueira	REGISTRO	LEITO:
DATA/HORA	OBSERVAÇÕES/IMPRESSÕES/CONDUTAS		ASSINATURA
08/08/15	# 7º DIH # TCE moderado		
sem acompanhamento pela mãe, relata boa evolução de sono, utilizando sem dieta líquida. FF. presentes AB: IF; BEG, AAA, expirio, hidratação AP: MVE S/RA ACV: RCR 2T BNF S/S ADD: flácido, RNAP, indolor Vegetariz cirurgias com bom aspecto de cicatrizes durando pequena quantidade de secreções pro- ced. nítida e opaca avaliação da revascularização. Análise de RX de coluna cervical.			
			
09/08/15	# 8º DIH # TCE moderado / politraumatismo por atropelamento		
# Paciente evolui estável, sem intercorrências nas últimas 24h. Acompanhante rega queixas; refere boa aceitação da dieta, com FF+. # Exame: BEG, ativo, reflexo, AAA, corado, hidratado AP: MVE S/RA ACV: RCR 2T BNF S/S ADD: plano, RNAP, flácido, indolor, com FF em bom aspecto, sem drenagem de secreções. # Id. MTD Aguarda avaliação do neuro			
Triselya Garcia Médico		Sub orientação da Lára Kubacki	



FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente: Chyane Chauns Juedes

Enfermeira:

De: Pediatria

Para: Neurocirurgia

paciente vítima de acidente automobilístico, proveniente de (HUEB), permaneceu internado
em UTI e após avaliação p/ especialista p/ da entidade de destino

Médico Solicitante
Carimbo e Assinatura

D. DA:

RECUE 050815

EXAME FÍSICO:

Paciente melhor sem
cefaleia, consciência
sustentada e orientado,

H. D:

mov. cervical autoper-
cebida e tortico-lateral de
RX Pósterior lateral

COUP: RX Stress
EEG

Dr. Claudiana L. Vieira
Neurologista / Neurocirurgia
CRM 1379
R. Hugo Carneiro, 234 Bosque
F 9906-3074 / 3223-4087

Médico Solicitante
Carimbo e Assinatura

HOSPITAL DA CRIANÇA

Endereço: Rua José de Melo, S/N - Centro - CEP 69.908-330 - CNPJ: 04.034.526/0004-96



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital da Criança

ANAMNESE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:		REGISTRO:
NOME: <u>Thayane Soares Guedes</u>		
D.N.: <u>23/09/2008</u> IDADE: <u>6 anos</u> SEXO: <u>F</u> RAÇA:		
NATURALIDADE/ NACIONALIDADE:		
PROCEDÊNCIA:		
Queixa Principal Nas palavras do paciente, pode vir acompanhada do tempo.	<u>reclamação acidente por atropelamento</u>	
História da Doença Atual Principais sintomas, início características, evolução, cronologia, circunstâncias, situação atual, investigação e tratamentos anteriores.	<u>Paciente vítima atropelamento há aproximadamente da (HUBR3), com politrauma, fraturas de 4 e 5 metacarpo e 1.º e 2.º metacarpo. Submetido a 1.º e 2.º cirurgia para correção lesões de 4 e 5 metacarpo. Paciente também apresentou contusão pulmonar e foi retirada 222 ml de sangue do cavidade abdominal. Paciente estável, porém não sustentando a cabeça.</u>	
Anamnese Dirigida (Revisão de Sistemas) Revisão dirigida de sintomas relacionados a cada aparelho e sistema, mesmo não referidos na HDA.		
História Fisiológica Gestação, parto, nascimento (PIG, GIG, termo, Apgar, Capurro), amamentação, desenvolvimento, puberdade, vida e comportamento sexual, história gestacional.	<u>Parto normal, 7 meses, ficou na UTI por 1 mês por prematuridade 2,650kg peso do nascimento</u>	
História Vacinal Vacinas do calendário básico, de uso em condições específicas, doses e esquemas, tempo, reforço.	<u>atualizado p/ idade</u>	

Drª Samara Cavalcanti
PRM - Pediatra



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB
CENTRO CIRURGICO

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco

fls. 35

HORA DE CHEGADA: 10:50 SALA: 02 DATA: 26/07/2015
NOME DO PACIENTE: Aryane claudes Guedes IDADE: 6
PROCEDÊNCIA: EMERGENCIA (X) AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL (X) RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTRAS ()
INICIO DA ANESTESIA: 11:00 Hs TERMINO DA ANESTESIA:
PROCEDIMENTO REALIZADO: Laparotomia
INICIO DA CIRURGIA: 11:10 Hs TÉRMINO DA CIRURGIA: 12:30
CIRURGIÃO: Dr. Eduardo Knapp AUXILIAR(ES):
ANESTESISTA: Dr. Virgínia Costa Instrumentador: Joreli
CIRCULANTE: Fátima Afonso ENF.: Ozeiride

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. Nº 40 X	FIO VICRYL 1 L
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR ✓	GASES 200 mmid
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE ☒	ATADURA DE CREPON	GORRO ☒
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO ✓	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0 ☒
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 ☒
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO ✓	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0 ☒
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5 ☒
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS 1	LÂMINAS DE BISTURI 24 - 20 ☒
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS ☒
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA 30 + 1	POVIDINE DEGERMANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº 3 - 1	POVIDINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS ☒	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO ☒	PRO PÉ ☒
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO ☒	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1	ESPARADRAPO 40 -	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPORON 100 -	SERINGA DE 1 MIL
SORO RINGER LACTADO ☒	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML 1
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML ☒
TRAMAL	FRALDA 1	SERINGA DE 10 ML ☒
TILATIL	FILTRO BACTERIOLOGICO 1	SERINGA DE 20 ML ☒
VOLUVEN 6% ☒	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER	SONDA P/ ASPIRAÇÃO 12K 1
	FIO MONONYLON 3-0 ☒	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK 2-0 1	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C. (0) ☒	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MALEX
	Naylon 2-0 1	clonexedine 200-f

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE FERREIRA AGUIAR DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 03/06/2018 às 15:27, sob o número 07061883420188010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0706188-34.2018.8.01.0001 e código 1D44501.