

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: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000036551-3

Nr. da Autenticação 1234C8FFD40BDC9F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206355 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA DE 5º METATARSO DIREITO. (6)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (22)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @46SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190206355 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura radio distal de punho direito
Fratura de 5to metatarso do pé direito

Descrição do exame físico: cicatriz cirurgica de 10 cm na face volar do punho, aumento de volume do punho, limitação na flexao do punho a 60 graus e na extensao do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro.
Pé direito: deformidade no dorso do pé, aumento de volume do pé, limitação funcional nas articulações metatarso-falangeanas, e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: cirurgico para a fratura de punho (placa em T e 1 fio kirschner) e tratamento conservador para fratura do pé, e fisioterapia.
Alta: Março de 2019

Sequelas permanentes: limitação funcional no punho direito conforme descrito no exame fisico .

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/03/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM PARÂMETROS TÉCNICOS, AVALIAÇÃO DOCUMENTAL E EXAME REALIZADO PAGO DANO EM PUNHO ESQUERDO 50%

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190206355

Nome do(a) Examinado(a): CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cerejeira, 150 - Rio Branco/AC - CEP 69902-657

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 618853 - SSP RO

Data e Local do Acidente : 08/12/2018

Data e Local do Exame : 28/03/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnóstico: Fratura radio distal de punho direito

Fratura de 5to metatarso do pé direito

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: cirúrgico para a fratura de punho (placa em T e 1 fio kirschner) e tratamento conservador para fratura do pé, e fisioterapia.

Alta: Março de 2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Exame físico; MSD:cicatriz cirúrgica de 10 cm na face volar do punho, aumento de volume do punho, limitação na flexão do punho a 60 graus e na extensão do punho a 50 graus e redução da força muscular do membro.

Pé direito: deformidade no dorso do pé, aumento de volume do pé, limitação funcional nas articulações metatarso-falangeanas, e redução da força muscular do membro.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional no punho direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

Limitação funcional no pé direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular no pé.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro superior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

pé direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

José Luis Silverio Cabanillas
José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF : RO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 57604
Nome.....: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA
Documento.....: N.T. Tipo :
Data de Nascimento: 27/05/1970 Idade: 48 anos 20/07/2018
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA
Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO
Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA 00150
Bairro.....: PLACAS Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000092810254
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade....: BRASILEIRO
Naturalidade....: ACRE

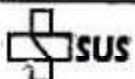
DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2600713
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0050
Data da Internacao: 08/12/2018
Hora da Internacao: 08:59
Medico Solicitante: 391.464.562-87 - RAIMUNDO NONATO ANUTE DE LIMA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ORIGINAL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Valdir Simões da Silva

5 - N° DO PRONTUÁRIO

57601

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/1970

8 - SEXO

Masc.

Fam.

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Zelia Teotónia Simões

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Endereço: Ipiranga 1150, Centro, Rio Branco

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Rio Branco

41667-9000-91

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Febre, mialgias e cefaleia, queimaduras e/ou tumores
em partes nobres, óssea e ófago.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de internamento clínico

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

Anamnese: ex. Típico: Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

Fractura de coluna vertebral

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

13/12/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () CNPJ DA SEGURODORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CÓD.

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD.ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

11

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
No. DO BE: 2600713 DATA: 08/12/2018 HORA: 08:53 USUARIO: ERICO
CNS: 700102967222015 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA DOC...: CART. SUS
IDADE.....: 48 ANOS NASC: 27/05/1970 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO....: RUA CEREJEIRA NUMERO: 150
COMPLEMENTO...:
MUNICIPIO....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE..: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA /ZELIA TEOTONIO SIMAO
RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 99225105
PROCEDENCIA...: CONJ. RUY LINO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FCI[] SPO2[]

EXAM.COMPL.[]RAIO X[]SANGUE[]URINA[]TC[]LIQUOR[]ECG[]ULTRASSONOGRA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

paciente vive de letargo com tontura e coceira
refere dor no ombro esquerdo

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

28 JAN 2018

DIAGNOSTICO:

Fractura adensada

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Solicito Rx e Libaco
cervical*

*Dipirona 500 mg
Plat 400 mg*

*Raimundo Nonato de Lima
Medico*

DATA DA SAIDA: / / CRM 836 HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL SETOR:

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

D. Andrade do ortopedico

*Raimundo Nonato de Lima
Medico
CRM 836 - AC*

COMPROMETE ORIGINAL



CLÍNICO
 ODONTO
 PEDI

CLASSIFICAÇÃO:
General

NAME DO PACIENTE							EDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Dor abdominal intensa e constante						COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA							Peso:	
DISCRIMINADOR							P脉:	72 bpm
PARAMETROS	PA: 158 x 143 mmHg	Tempo: 30°C	Sat. O2: 99%				Glicemia:	mg/dL
	ESCALA DE DOR	0 (nada)	1 (muito)	2 (moderado)	3 (grave)	4 (extremo)	Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (cartão e assinatura)	Assinatura: [Signature]			HORÁRIO DA CR:	() DESISTÊNCIA () EVASÃO		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO				Tempo médio: 3 minutos	Assinatura:			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicamento conforme prescrição médica:

- Medicação Vía Oral - VO, com _____ ml de água potável;
 Medicação Intramuscular - IM, local: _____
 Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
 com () Jejco nº: _____ () Scalp, nº: _____
 Medicação sublingual;
 Medicação subcutânea, local: _____
 NBZ: _____

Anotações/Incorrências:

Assinatura/GOREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 8h15min, paciente esteira procedente da Uro-Endeurologia
 com dor abdominal intensa e constante.
 Foi admitido.

SAME / HUEER
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO
PACIENTE

Velos Simão de Oliveira

IDADE
CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

145

166

167

MECANISMO DE TRAUMA:

Atividade desportiva

DATA DO TRAUMA:

08/12/13

RADIOGRAFIAS:

EXAME FÍSICO:

1. DIETA VIA ORAL LIVRE
2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H
3. DIPIRONA 1G IV 6/6 H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 H S/N
5. PLASIL 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N
6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO
7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

18:00 paciente chega
intubado na C.C. B
procedente da sala
de ressuscitação ao
julgamento de
julgamento de
julgamento de

DIAGNOSTICO:
Fractura subcondral
CONDUTA NA EMERGÊNCIA:
Primeria intubação

Dr. Gómez e Dr. Cesar
Oncopedia e Dr. Cesar
T. C. Gómez e Dr. Cesar
Oncopedia e Dr. Cesar

SAME / HUERB
CÓPIA
ORIGINAL

CONFORME

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

original & impresso em 02/02/2010 às 09:23

TIJUERB
Instituto de
Inovação e
Invenção

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE
48

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
m 10

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 08/12/2018

5 AM
500

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06

16 16 22 04

06

16 04

06



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO
PACIENTE

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE
48

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
M10

HUERB
LITOFAC

HUERB
LITOFAC

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 08/12/2018

FRATURA DE ARTICULAR
ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE
DIREITO

EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM PUNHO
ESQUERDO

PULSO E
PRESERVADOS

SOLICITO PRECRURGICOS

VISITADOR: DR ANTONIO

1. DIETA VÔLIVRE
2. SF 0.9% 500ML EV CADA 24/24 HRS
3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS
5. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS
6. CUIDADOS GERAIS
7. SINAS VITais
8. CURATIVO DIARIO
9. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

2



REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO

HÜERR
Bogotano de São Paulo

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DATA: 08/12/2018

FRATURA DE RÁDIO DISTAL
ARTICULAR ESQUERDO

DIREITO

FRATURA DE 5 METATARSO PE
EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM PLANTO
ESQUERDO

PULSO E NEUROLOGICO
PRESERVADOS

SOLICITO PRECIRURGICOS

VISITADOR: DR FRANCISLEI

- DIETA VÔ LIVRE
- SF 0.9% 500ML EV CADA 24/24 HRS
- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H
- TIATIL 20 MG EV 12/12 HRS
- OMERAZOL 40 MG EV 24/24 HRS
- CUIDADOS GERAIS
- SINAIS VITais
- CURATIVO DIARIO
- CAPTOPRIL 25 MG VÔ PA MAIOR DE 140/90

500
500 16 22 04
06 04
OG
Rotina
Rotina
26

- 07:00 - POC. INT
IMP. OFICIAL ROMAN
ACACIO, SUSPENSO
DO, NEXO ZOBADO C/
NÓVO MEDDE -
LPM. VENDEMA
LAM: 180-810
Dr 18.00h Pocent
Vende a Ma. No.
Pretor com crea
mes + orienta -
gés

Laura Mendonça Ponte
Enfermeira COREN/AC 359.8
Enfermeira em Psiquiatria
Especialista em Saúde Mental

SAMEI HUERRE
CÓPIA
CÓPIA ORIGINAL

Calça
Camisa
11/12
M12 (f)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

CLÍNICA	LEITO N°	A CLÍNICA
CLIENTE	Corder Simão de Souza	
OBJETIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:		
Paciente homem de 30 anos de idade. No passado evoluiu com uma fratura de nariz agudo e se mantém. Pelo dia em que de medicas. Sal Arrotore radiografia e não se cravou.		
NOME DO SOLICITANTE:		DATA: 15/10/10 HORA:

DR Iago Maia Vieira
CRM/AC 1500
CRM/AC 1500

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAÚDE / HUERR
CONFORME COPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO:	DATA: / / HORA:
-----------------	-----------------

Cours Simo de Blaize

48ans CCB n° 10

$\frac{130}{120}$

16:40h.

1 03 05:40 25

0R

W1

W2

EW

0

0L

W2

W1

EW

0

0L

W2

W1

EW

0

0L

W2

W1

EW

1 03 05:40 25

0R

W1

W2

EW

0

0L

W2

W1

EW

0

0L

W2

W1

EW

0

0L

W2

W1

EW

CONFORME ORIGINAL

CONFORME ORIGINAL

0

0L

W2

W1

EW

0

0L

W2

W1

EW

HUERB – HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP

- 48 ANOS
- NEGA IAM, AVE, EAP, DMII, HAS
- EXAME FÍSICO NORMAL
- EXAMES LABORATORIAIS: NORMAIS
- ECG: RS, ADRV, LIMITE PARA SVE.
- RX TX: ÁREA CARDÍACA NORMAL.

GOLDMAN 1



*SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL*

RISCO CARDIOLÓGICO NO MOMENTO.


DR. WELBER DE LIMA E SILVA
CARDIOLOGIA
CRM/AC:1492

RIO BRANCO/AC, 08 DE DEZEMBRO DE 2018

15
HUERB
ATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇOES UNIDAS, 700. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA (EXT)
Requisicao: 00.PC.1.040899
Identif...: 00000000

Idade...: 48
Requis.: 11/12/2018

US. Origem.: PS - PACIENTE EXTERNO *c/cp*
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	5,32	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina.....	13,50	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	41,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
WCM.....	77,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	25,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	32,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.800	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	136	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastos:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	62	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.216	mm3	
Linfocitos:.....	29	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.972	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	476	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jardel Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 2660

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:55 Coleta: 11/12/18 as 17:55-1a. Via Impressa: 11/12/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 minuto		VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	6 minutos		VR: 2 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	219.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:56 Coleta: 11/12/18 as 17:55-1a. Via Impressa: 11/12/18

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDASA, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

ID paciente:

ID amostr: 52

Data nascimento:

Idade: 48 Ano

Cód barra: 1040899

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 11/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	36	mg/dL		10 - 50
CRE	1.2	mg/dL	ALTO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 11/12/2018 Data/Hora teste: 11/12/2018 Data/Hora impr.: 11/12/2018 16:26:31

Testador:

Resultado somente para esta amostra

Revisor:

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Flávia G. M. G. 11/12/2018
Bemolco
4 n° 790.00



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ 00.529.443/0003-35

Rua Alvorada, n° 806 - Bosque - 69.901-280 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-1700 / Fax: 3221-9129

www.hsj.org.br

TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIAS E CONSENTIMENTO (INFORMADO)

Pelo presente termo de esclarecimento, ciência e consentimento informado
Eu Corley Sávio de Oliveira, identidade _____, paciente, responsável, declaro para que sejam feitos os efeitos que:

1) Fui informado(a) pelo médico(a) de que as avaliações e os exames revelam as seguintes alterações e diagnósticos de meu estado de saúde:

Frieden Neurosis

2) Da mesma forma, recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, sendo informado(a) também sobre a possibilidade de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da não reza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3) Estou ciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s):

Exame

na tentativa de cura ou melhora da(s) supra citada(s) condição(ões), pode-se (ao) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticadas pelo(s) médico(s) acima referido(s), assim como também poderá (ao) ocorrer situação(ões) impresível(eis) ou fortuita(s).

4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais com sangramento, infecção, problemas cardio-vasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

Perda de sangue
Pseudo-aneurisma

5) Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) acima especificado(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e utilização de fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesista.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Fadiga constante (ES)

História da Doença Atual:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

NR, sintomas de fadiga constante (ES)

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Fadiga constante (ES)

Motivo da Cobrança:

12

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFÉRENCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM - HS NASCIDO



FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 166393 - 2	Entrada: 13/12/2018	Hora: 1750	Apto/Leito: 105 C
Paciente: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA			
Reg. Geral: 618853	Orgão Emissor: SSP	PR	Data Expedição: 13/11/2002
CPF: 67468047200	Raca/Cor: Parda	Cartão SUS: 700102967222015	Sexo: M
Dt. Nasc.: 27/05/1970	Est. Civil: AMASiado(A)	Natur.: CORBÉLIA	PA Idade: 48 Anos
Conjuge: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA			
Nacionalidade: BRASIL	End.: RUA SEREGEIRA	Nro: 150	
Bairro: CHICO MENDES	CEP: 69900970	Cidade: Rio Branco	Estado: AC
Fone: 68 999665499	Cel.: *****	Fone Contato: 68 999225105	Profissão: AUTONOMO
Local de Trabalho:		MAE: ZELIA TEOTONIO SIMAO	
PAI: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA			
Resp.: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA	End.:		
Nro.:	Cidade:	UF: 150	
Fone Res.: 68 - 999665499	Fone Com.:	<i>H. S. J.</i>	
Motivo da Internação: Clínica Ortopédica	Trouxe RX: S	Exame: S	<i>14/12/2017</i>
Convênio: SUS	Piano: ENFERMARIA	<i>trat. cir. fract. de</i>	
Nro Carteira:	Validade:	Senha:	<i>radio distal</i>
Nro Guia:	Sispre:	<i>Cmz</i>	
Médico (a): FRANCIS KASHIMA	<i>Francis Kashima S. Lopes</i> CRTR-007817		

Observação: FICHA DE REF EM REGULACAO AIH EM ANEXO SOLICITACAO 268504024

Atendente: Jeane Alves

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocomio.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

Jassizete Conceicao de Paiva
JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

Jassizete
Centro com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
RUA Alvorada nº 150 - Centro

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

As 18:10hr paciente admitido no setor da Clínica Cirúrgica procedente da sua residência para procedimento cirúrgico, aos cuidados do Dr. Francis, diabulando, normocorado, eufônico e afivel. Nao estava medicamentado e dancar crônicas. Dados as orientações de enfermagem em pre-operatório. Acompanhado ao lado, acompanhado de familiar. PA: 110x60 mmHg, SPO₂: 98%. FC: 87 bpm; Taxa 36.9°C

Joel Carlos da Silva Lima
ENFERMEIRO
COREN/AC: 517086

11/12/18 As 07:45 paciente deu entrada na sala de quirófano para submeter-se a procedimento cirúrgico. Veio desambulando, eufônico, afivel, normo cora. ds. comunicantes. Portando A.V. P em MSE, com bom fluxo. Foi monitorizado com oxímetro de pulso com SPO₂ 96%, FC 73 bpm. PA 130x90 mmHg. T.E hidrossolvente comecou com FC 92% ??

14/12/18. As 11:20h paciente veio entrado em SO para submeter-se ao procedimento cirúrgico de tratamento de fratura radio distal direito, aos cuidados Dr. Francis, auxiliares Dr. Felipe e Dr. Roldão. Foi desambulando, eufônico, normotensivo, normocorado. Portando A.V. P em MSE com bom fluxo. As 11:25 h submetido à anestesia geral pelo Dr. Alisson. As 11:40 h inicio do procedimento cirúrgico. As 12:15 h término do procedimento cirúrgico. FC 87 bpm. Segue prontoário + anexos. Paciente encaminhado para SRPA das 12:30 h.

Assento de Lata Pólvora Aluquerque
Lata de Chumbo
COREN/AC: 001.142.006

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Av. Almirante Barroso nº 806 - Bosque

**FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO**



FO.CME.HSI. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE

NOME Carlos Simões de Oliveira

DATA NASCIMENTO

IDADE

SEXO

27/05/70 48 M

NOME DA MÃE

Zélia Teotonio Simões

APARTAMENTO

105C

CONVÉNIO

Sus

ESQUADRÃO CIRÚRGICO

CIRURGIA

T.C. Frat. Radio distal D. Alex

INSTRUMENTADOR

CIRURGÃO

Francis

PERFUSIONISTA

1º AUXILIAR

Robson / Felipe

ENFERMEIRO

ANESTESISTA

Arlesson

CIRCULANTE

DATA

14/12/18

SALA

05

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, REVESTIMENTOS, ETC.)

ETIQUETA	131218	01
Date of Production		
Date of Validation	1301.19	
No. do Operador		
	12	

INTEGRADOR

CARGA

INTEG

CARGA/MATERIAL

INTEGRADO

CARGA/MATERIAL

INSTRUMENTADOR

PERFUSIONISTA

ENFERMEIRO

CIRCULANTE

SALAS

INSTRUMENTOS



**FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO**

FO.CME.HS7-N02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 2 de 2

ESPECIFICO DA LINHA MATERIAIS CONSIGNADOS



INTEGRADOR

ETIQUETA

CARGA/MATER

INTEGRADOR

ETIQUETA

CARGA/MATERIAL

INTEGRADOR

ETIQUETA

**HSJ-CONTROLE DE MONTAGEM
MAT. CONSIGNADOS**

Data: 11/12/18

Nome da caixa: Cx. Mat. Dr. Franck
OSFA
Responsável: *Alencar*Nome da Empresa: *Total Soft 16*

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Av. Alvorada nº 806 - Bento



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806, Bairro Bosque - CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

NOME:		PRONTUÁRIO:	
Carlos S. Mendes		166393	
IDADE:	58A	SEXO:	M
PESO:			
DATA: 14/10/99			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura clavicular			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
CIRURGIAS REALIZADAS:		Ressecção clavicular + Fratura fixada com 12mm + Tolo grande	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA		ANESTESISTA	
Másc. Parte		Aline	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: J. Gomes			
1º AUXILIAR: Robson			
2º AUXILIAR: Felipe P.			
ANESTESISTA: Aline			
CIRCULANTE: ?			
Hora Início:		Horá Término:	
		Duração:	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatomáticas, Funcionais, Estruturais, Etc)			
<i>Indo 04/02</i> Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Centro			

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
 (Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3-INCISÃO VOLAR EM PUNHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL
- 4-REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
- 5-FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T DE 3,5mm DE 3 X 3 FUROS SOB CONTROLE RADIOSÓPICO + FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICais DISTAIS A FRATURA + 1 F.K. 1,5 MM
- 6-LIMPEZA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM S.F. 0,9%
- 7-REVISÃO DA HEMOSTASIA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABD 500 ml | <input type="checkbox"/> Glicose 50% inj. | <input type="checkbox"/> SF 1000 ml |
| <input type="checkbox"/> ABD 1000 ML | <input type="checkbox"/> Kolagenase pomada | <input type="checkbox"/> Telebrix |
| <input type="checkbox"/> Adrenalina 1 mg/1ml | <input type="checkbox"/> Neomicina pomada 5mg | <input type="checkbox"/> Xilocaina gel |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína 0,5% s/v | <input type="checkbox"/> Ropivacaína 200mg | <input type="checkbox"/> Xilocaina s/v |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% inj | <input type="checkbox"/> SF 500 ml | <input type="checkbox"/> Xilocaina c/v |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml | <input type="checkbox"/> Ioversol | <input type="checkbox"/> Outros: |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Confere com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0001-35
 Rua Alvaro de Azevedo n° 325 - BH/MS

CIRURGIÃO - CRM-AC

Felipe Henrique de M. Dutra
 CRM-AC 2106
 CRM/AC 2106

AUXILIAR CRM-AC



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Carlos Simões de Oliveira*
Nº Aptº: *105C*
Data: *14/12/14*
Cirurgia: *TZ. Frat. Radic Digital D.*
Início *11:40*
Término: *12:15*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr. Francis*

Enfermeiro (o) *Fernanda*

Anestesista: *Dr. Anderson*

Tipo de Anestesia: *Perco*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossi - Esforço respiratório limitado - Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	2	2		
Circulação: Pressão arterial sistólica: ->80% do nível pré-anestésico -50 à 80% do nível pré-anestésico -<50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2	2		
Nível de Consciência - Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço) - Acorda quando chamado pelo nome -Não responde o comando	2 1 0	1	2		
Coloração: -Coloração e aparência normais da pele -coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico -clanose evidente:	2 1 0	2	2		
Atividade muscular: - Capacidade de movimentar todas extremidades: -Capacidade de movimentar-se duas extremidades -Incapacidade em controlar qualquer extremidade	2 1 0	1	1		
Total					

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

*Horário de liberação.

*Assinatura do Enfermeiro

Fernanda Ferreira

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

SORFAC - 425 498

Assinatura
Confira com a Enfermeira
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 306 - Bonsucesso

8/9 0/10 1345

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

14/13/18 às 12:35 hs paciente deu entrada na SAPA após procedimento cirúrgico, normocardio, normocorado, normotensio, comunicativo, portando AIP em MSE com HV em curso e bom fluxo, monitorizado por oximetria de pulso SPO₂ 96%, FC 9 bpm, PA 156x103 mmHg. As 12:56 hs paciente permanece na RPA com SPO₂ 95%, FC 77 bpm, PA 145x97 mmHg. As 12:55 hs paciente estabil sem querer recolheu alta da RPA pelo Dr. Silviano, encaminhando o paciente em marco ao leito

LUIZ AUGUSTO DA SILVA
Téc. de Enfermagem
001.114.908
CORF

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.525.443/0003-36
Rua Almirante Tamandaré, 335 - Centro



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag. 1

ACIENTE: 166393 - 2

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

LEITO: 105 C

ATA: 14/12/2018

HORA: 12:28

NRO PRESCRICAO: 235004

NRO REQ. FARM: 1359510

PRESCRIÇÃO MÉDICA

		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		10/12/18 06 10
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV 6X6	10/12/18 06 10
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV 6X6	10/12/18 06 10
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV 6X6	
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV 6X6	
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV 8X8	10/12/18 22 08
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV 8X8	
	SORO FISIOLOGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV 8X8	
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 8X8	
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV 8X8	
06	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV 12X12	10/12/18 06
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV 8X8	10/12/18 06
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 8X8	
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV 8X8	
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV 8X6	10/12/18 06 10
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 8X6	
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV 8X6	
09	CURATIVO	UN	1		

Conferido com a original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Encantado

Se tudo ok alto
Amado.

Philippe L. L. P. - UCI UU UU
PM ONDASETRONA e TRAMADOL
01/12/18
Caixa 2106

Evolução
15/12/18. Paciente em BEG.
F.O Limpo. e secos. sem
edemas. Neurológico e perfunção OK.

Alta Médico com orientações
e retorno em 15 dias No Hc

Paulo Marcondes S. Jr.
PM ONDASETRONA e TRAMADOL
01/12/18
Caixa 2106

As 13:15h paciente retorna ao o.c. em seu próprio posicionamento cirúrgico, acordado, nervoso
corado, eupneico e afibril. sob efeito anestésico. Portando AP 130x80 mmHg com H.V. em curso
sem queixas no momento. Dadas as orientações de enfermagem P.A. segue em repouso no
leito acompanhado de familiar. PA: 140x90 mmHg. FC: 82 bpm. SPO₂ 95%. T.Aux 34.6°C

Joel Barros da Silva Lira
Enfermeiro
CORENAC: 517085

14/12/18. Das 13:35 às 19:00 hrs. - Evolui em repouso
no leito afibril, eupneico, normotônico, lucido, orientado, com
orientativo, respirando em ar ambiente. Portando AP 130x80 mmHg com H.V. em curso. Sintoma
se presente, vacuações ausentes medicada c.p.m., sem
sem queixas e aos cuidados da equipe de enfermagem + acompanhante. SSVU: PA: 120x80 mmHg, Tax: 34.3°C
SPO₂: 94%, FC: 92 bpm. Adenilse dos Santos Fernandes

Téc. Enfermagem

CORENAC: 969.283

14/12/18 - As 21:45h. Solto na farmácia (equipo m
erogátor pl HV Mira Paiva da Silva
Téc. Enfermagem
CORENAC: 589.067

4.12.18 das 19:00 as 07:00h paciente em repouso no leito lucido
comunicativo afibril eupneico não expõe queixa medicodocem
eleita a diete efervecia ausente presente vacuações ausente
Verificação de sinais vitais segue aos cuidados da enfermagem. P.A 130+80 Tax 36.8 SPO₂ 97%. F.C 97 bpm A.V.P. 145.6 H.U.

José Santiago Ferreira
Téc. Enfermagem
CORENAC: 704.057

15/12/18 às 10:00 Paciente recebe alta hospitalar cpm.
Orientado comunicativo, em cadeira de rodas,
entregue exames, recitário médico e orientações
da enfermagem

15.12.18 - realizou de curativo na região de rosto, cervical direito, cervical
comprimido, curativo 1 sujeira 7,5x1 atadura 105x2 + 3 PC de gaze
+ 100 ml SF 0,9% + 5 ml de álcool 70%. TEC. Técnico em enfermagem Naldo
CORENAC: 1937026

Confere com o Original
Hospital Santa Luzia
CNPJ: 00.529.440/0003-35
Rua Alvorada nº 636 - Bonsucesso

RG 26000713

700102969222015

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

2. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

3. NOME DO PACIENTE

Carlo Sávio de Souza

4. N.º DO PRONTUÁRIO

5. NOME DA MÃE

6. NOME DO RESPONSÁVEL

7. ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

8. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9. DATA DE NASCIMENTO

10. RACIAÇÃO

11. SEXO

12. FONE DE CONTATO

13. N.º DO TELEFONE

14. TELEFONE DE CONTATO

15. N.º DO TELEFONE

16. COD. DO MUNICÍPIO

17. COD. DO MUNICÍPIO

18. UF

19. CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Início de febre

M. arterial

Rheas + PR

21. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Liberação a sendicte problema de HST. Deve Internar

PRM 003

no dia 12/10/10

22. PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PRM 003

13/10/10

23. DIAGNÓSTICO INICIAL

PRM 003

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PRM 003

25. CÓDIGO PRINCIPAL

PRM 003

26. CÓDIGO SECUNDÁRIO

PRM 003

27. CÓDIGO ASSISTÊNCIA

PRM 003

28. CÓDIGO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

PRM 003

29. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

PRM 003

30. DOCUMENTO

PRM 003

31. DOCUMENTO

PRM 003

32. DOCUMENTO

PRM 003

33. DOCUMENTO

PRM 003

34. DOCUMENTO

PRM 003

35. DOCUMENTO

PRM 003

36. DOCUMENTO

PRM 003

37. DOCUMENTO

PRM 003

38. DOCUMENTO

PRM 003

39. DOCUMENTO

PRM 003

40. DOCUMENTO

PRM 003

41. DOCUMENTO

PRM 003

42. DOCUMENTO

PRM 003

43. DOCUMENTO

PRM 003

44. DOCUMENTO

PRM 003

45. DOCUMENTO

PRM 003

46. DOCUMENTO

PRM 003

47. DOCUMENTO

PRM 003

48. DOCUMENTO

PRM 003

49. DOCUMENTO

PRM 003

50. DOCUMENTO

PRM 003

51. DOCUMENTO

PRM 003

52. DOCUMENTO

PRM 003

53. DOCUMENTO

PRM 003

54. DOCUMENTO

PRM 003

55. DOCUMENTO

PRM 003

56. DOCUMENTO

PRM 003

57. DOCUMENTO

PRM 003

58. DOCUMENTO

PRM 003

59. DOCUMENTO

PRM 003

60. DOCUMENTO

PRM 003

61. DOCUMENTO

PRM 003

62. DOCUMENTO

PRM 003

63. DOCUMENTO

PRM 003

64. DOCUMENTO

PRM 003

65. DOCUMENTO

PRM 003

66. DOCUMENTO

PRM 003

67. DOCUMENTO

PRM 003

68. DOCUMENTO

PRM 003

69. DOCUMENTO

PRM 003

70. DOCUMENTO

PRM 003

71. DOCUMENTO

PRM 003

72. DOCUMENTO

PRM 003

73. DOCUMENTO

PRM 003

74. DOCUMENTO

PRM 003

75. DOCUMENTO

PRM 003

76. DOCUMENTO

PRM 003

77. DOCUMENTO

PRM 003

78. DOCUMENTO

PRM 003

79. DOCUMENTO

PRM 003

80. DOCUMENTO

PRM 003

81. DOCUMENTO

PRM 003

82. DOCUMENTO

PRM 003

83. DOCUMENTO

PRM 003

84. DOCUMENTO

PRM 003

85. DOCUMENTO

PRM 003

86. DOCUMENTO

PRM 003

87. DOCUMENTO

PRM 003

88. DOCUMENTO

PRM 003

89. DOCUMENTO

PRM 003

90. DOCUMENTO

PRM 003

91. DOCUMENTO

PRM 003

92. DOCUMENTO

PRM 003

93. DOCUMENTO

PRM 003

94. DOCUMENTO

PRM 003

95. DOCUMENTO

PRM 003

96. DOCUMENTO

PRM 003

97. DOCUMENTO

PRM 003

98. DOCUMENTO

PRM 003

99. DOCUMENTO

PRM 003

100. DOCUMENTO

PRM 003

101. DOCUMENTO

PRM 003

102. DOCUMENTO

PRM 003

103. DOCUMENTO

PRM 003

104. DOCUMENTO

PRM 003

105. DOCUMENTO

PRM 003

106. DOCUMENTO

PRM 003

107. DOCUMENTO

PRM 003

108. DOCUMENTO

PRM 003

109. DOCUMENTO

PRM 003

110. DOCUMENTO

PRM 003

111. DOCUMENTO

PRM 003

112. DOCUMENTO

PRM 003

113. DOCUMENTO

PRM 003

114. DOCUMENTO

PRM 003

115. DOCUMENTO

PRM 003

116. DOCUMENTO

PRM 003

117. DOCUMENTO

PRM 003

118. DOCUMENTO

PRM 003

119. DOCUMENTO

PRM 003

120. DOCUMENTO

PRM 003

121. DOCUMENTO

PRM 003

122. DOCUMENTO

PRM 003

123. DOCUMENTO

PRM 003

124. DOCUMENTO

PRM 003

125. DOCUMENTO

PRM 003

126. DOCUMENTO

PRM 003

127. DOCUMENTO

PRM 003

128. DOCUMENTO

PRM 003

129. DOCUMENTO

PRM 003

130. DOCUMENTO

PRM 003

131. DOCUMENTO

PRM 003

132. DOCUMENTO

PRM 003

133. DOCUMENTO

PRM 003

134. DOCUMENTO

PRM 003

135. DOCUMENTO

PRM 003

136. DOCUMENTO



Paciente Walter Simões de Oliveira

Registro 166393-2 Data: 14/12/18

Identificação - Hora h	Confirmação - Hora h	Registro - Hora h
<p>Paciente confirmou a identidade <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Pulseira de identificação presente <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>Resumo</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>Sítio Cirúrgico Demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Presença de Prontuário Completo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento Assinado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>Presença de Avaliação Pré Anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p><u>Entrada em Sala</u></p> <p>de Anestesia completa testado e funcionante?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Monitorização instalada e funcionante?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Alergias conhecida?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cirurgião, Anestesista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio Operatório</p> <p>Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Duração prevista da cirurgia _____</p> <p>Previsão de Perda Sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão do Anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:</p> <p><input type="checkbox"/> Instrumental necessário presente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Materiais especiais (próteses, órteses)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de Indicadores de esterilização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Os equipamentos necessários presentes</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma preocupação com equipamentos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p>	<p>Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Registro Completo de Enfermagem</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Venoclise e Soro Identificado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Sonda Vesical fixada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A contagem de compressas está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A contagem de instrumental está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Com lesão <input checked="" type="checkbox"/> -Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Qual lesão? <u>início feriugica</u></p> <p>Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Sim. Equipamento / Assistência Disponível</p> <p>Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim e acesso venoso adequado</p> <p>Se sim, há reserva de hemocomponentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado</p> <p>Varredura de Próteses (dentária e outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>		<p>A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
Observações	Observações	Observações
<p><u>PA = 130x90 mmHg</u></p> <p><u>SPO2 = 96%</u></p> <p><u>FC = 73 bpm</u></p>		<p>Bruno Conf. com J. original Hospital Santa Catarina CNPJ: 01.529.443/0001-31 Rua Araripe nº 306 - BH...</p>
Cirurgião:	Anestesista:	Responsável pelo preenchimento <u>Sam do Nascimento da Silveira</u> <u>Tássia de Lima Portes da Silveira</u>
CRM:	CRM:	Registro <u>001.325.405</u> COREN-MT 01.342.936
Auxiliar de cirurgia 1	Enfermeira	Assinatura



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
CNPJ: 00.528.443/0003-36
Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 59.901-380 - Rio Branco - Acre
Fone: (58) 3212-4700 / Fax: 3224-9129
www.hsj.org.br

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

Nº PRONTUARIO

DATA 16/02/18.		NOME Carlos Simão de Oliveira						Apel/Ent.	Corr.	
IDADE 48		SEXO MASC.	COR Pardo	ALTURA -	PESO 105,5	GRUPO SANG. -	PA 160x90mm	PULSO 92ppm	TEMP ~	RESP Normal
HORA 11:00		10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00								
GASES O2 60mm										
ECG SÃO (%). C.O. exp		98 100 100 100 100 100 100 100								
Líquidos										
CÓDIGO P: Arterial O: Pulso O: Respiratória X: Anestesia O: Operação										
> <										
Ventilação Espontânea Assistida Controlada										
Monitorização Cardioscópio Oxímetro Pani Capnógrafo		SIM ()	NAO ()	Analizador de gases		SIM ()	NAO ()	OUTROS:		
		()	()	T. O. F		()	()			
		()	()	Estetoscópio		()	()			
		()	()	P. A. I.		()	()			
TÉCNICA CIRURGIA		reco + sevofl								
CIRURGIÕES		ext. artéria ② → TPO lúgico								
RAQUIANESTESIA:		OUTROS:								
Bloqueios		X - monitorização + <input type="checkbox"/> revisão de venóclise, venóclise 1 - aniliseptica + aspersão; 2 - punção subaracnóidea <input type="checkbox"/> mediana <input type="checkbox"/> paramediana em _____ com _____ agulha _____ G Quincke, descartável, saída de líquor <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> turvo, aparentemente <input type="checkbox"/> isotonico <input type="checkbox"/> hipotônico <input type="checkbox"/> hipertônico, <input type="checkbox"/> ausência <input type="checkbox"/> presença de parastesia, tentativa + injeção de _____ mg de bupivacaína, <input type="checkbox"/> hiperbárica 0,5% <input type="checkbox"/> isobárica 0,5% + morfina mg. <input type="checkbox"/> Cefazolina 2g IV; <input type="checkbox"/> Diprone 2g IV; <input type="checkbox"/> Tenoxicam 40mg IV; <input type="checkbox"/> Dandasetrona 4 mg IV; <input type="checkbox"/> Oxitocina 20 UI no sono; <input type="checkbox"/> Dexametasona 10 mg IV, outros:						<input type="checkbox"/> monitor <input type="checkbox"/> aniliseptico 2. injeção 3ml + ceto 1 200g 3. nico, pílula horaria 1/4, rectal 200mg + nico 200mg + rectal 200mg + injeção 400mg + nico rectal 200mg + rectal 200mg + nico		
Anestesia		5. Nitro 40mg 6. neurax 10mg + injeção 200g 7. injeção 200g nico, rectal, injeção 200g								

Conferência: *DR. D. S. G. S.*
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.528.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bairro



PRONTUÁRIO: 166393 - 2

PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

DATA: 14/12/2018

LEITO: 105 C

<input checked="" type="checkbox"/> LÚCIDO E ORIENTADO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> DELIRIUM/CAM-ICU	<input type="checkbox"/> COMATOSO-GLASGOW TOTAL	<input type="checkbox"/> SEDADO- RAMSEY TOTAL

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: SEM O2 COM O2 _____ U/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: TOT Nº _____ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM NÃO

AUSCULTA PULMONAR: _____

RÁO VENTILATÓRIO: EUPNEIA TAQUIPNEIA DISPNEIA BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

<input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ COOPERANTE	<input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ NÃO COOPERANTE
--	--

CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA:

01 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ TÉCNICAS DESOBSTRUTIVAS	21 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ CRIPTERAPIA
04 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ELETROTERAPIA
05 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ AUXILIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 <input checked="" type="checkbox"/> N ⁺ CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ MANOBRAS DE HIPERSINUSFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 <input checked="" type="checkbox"/> N ⁺ CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ MANOBRAS DE BAG SQUEEZING
10 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input checked="" type="checkbox"/> N ⁺ CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 <input checked="" type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ALONGAMENTO GLOBAL	30 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ORTOSTATISMO	31 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ HUFF
13 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ TREINO DE MACHA	32 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ SENTADO(A) NA POLTRONA	33 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ MANOBRAS DE PEEP/ZEPP
16 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL?	35 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ PEAK FLOW
17 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ DEAMBULAÇÃO	36 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ THRESHOLD
18 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ SEDESTAÇÃO	37 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 <input type="checkbox"/> M ⁺ T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 <input type="checkbox"/> T ⁺ <input type="checkbox"/> N ⁺ ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. Neli Vargas
Fisioterapeuta
CRM-27898-F
15/12/2018
Raquel Sales
14/12/18

Infere o Dr. Neli Vargas
Hospital Santa Juliana
INPU: 00.529.443/0003 - 36
Alameda nº 806 - Bento Júnior



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO
PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA	ptapreda	LEITO N° M5	A CLÍNICA	Cardiologo
ACIENTE	Carlos Simão de Oliveira			
OBJETIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO				
<p>ptar losas mitral de já de trans evolução em função de não ter e se medir. fejo devo a mo de medicos. Salvo que cardiologo e não cirugi</p>				
NOME DO SOLICITANTE:			DATA: 15/10/10 HORA:	

DR Italo Malheiros
CRM Ortoped/ Traumatolog
Cra/IC 500

contato com a original
Hospital Santa Joana
CNPJ: 00.529.643/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Feijão

NOME DO MÉDICO:	DATA: 15/10/10	HORA:
-----------------	----------------	-------

Em 18/12
enquad

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Wendy Simeão de Oliveira

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr: François Kirschner

DT: 08/12/18

DC: 14/12/18

DIAGNÓSTICO: Fratura de redução
distal fêmur

CONDUTA: Intussuscepção com
placa em T + FKT, somente
trilhar gesso da

CUIDADOS GERAIS:

COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM
RXs EM MÃOS

FAZER CURATIVO DIARIAMENTE

USAR TALA USAR GESSO USAR TIPÓIA

NÃO PISAR

FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO

MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:

RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA

Vivendo dentro do limite de tolerância

AGENDAMENTO:

PS - REGULAÇÃO DE LEITOS FUNDHACRE

Rio Branco-AC, 15/12/18

Paulo Marquesino S. Jr.
Prof. Ortopedista e Traumatologista
ORMAC 227







SEU CÓDIGO
0186821-7

Para contato com a
Eletrobras, informe
esse NÚMERO

COMPANHIA DE ELETROBRAZ DO ACRE S.A.
Rua Vilaça Marques 239 - Bento - Rio Branco - AC
CNPJ 04.085.070/0001-00 | Fone/Fax: (65) 3104-1410/3105-98
Núcleo Técnico - Centro de Treinamento - Senac/AC

Nº da Nota Fiscal 003060484

A Taxa Social da Fazenda Pública - TSP é de 0,00%
para o mês de 10/2018 ao 28 de outubro de 2008

CONSULTA INICIAL | TOTAL A PAGAR (R\$)

CONTAS MÊS VENCIMENTO CONSUMO TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018 12/12/2018 74 42,37

ZELIA SINAO
R. CEREJEIRA 150 CHICO HENDES
CPF: 00099457717287
CEP: 69.902-057 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.21.002850

DADOS DA FERIA

DADOS DA FERIA

Saldo 13074
Salvo 13000
Correção Monetária 1.000
Consumo Mês 74
Consumo Ferial 74 FCHAN

Saldo 06/12/2018
Salvo 05/11/2018
Correção Monetária 04/01/2019
Consumo 04/12/2018
Consumo Ferial 06/12/2018

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Intercalibração: Duração do Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse: Log.01 Número Inicial: Pode: Código Faz.: Média 12 meses

RESIDENCIAL MONO 7087207 1.1.1.1 88

HISTÓRICO FMS

Mês/ano, consumo
NOV/18 88
OUT/18 84
SET/18 53
AGO/18 59
JUL/18 27
JUN/18 133
MAI/18 86
ABR/18 90
MAR/18 99
FEV/18 113
Tér. fm. S01 TRIBUTO:
0 R 74 - 0,7000

DESCRIÇÃO DA CONTA

MENSAGENS IMPORTANTES / BEIRA DO VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 04/12/2018, não constatamos faturas vencidas
na sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 1195_5C9E_634A_9410_21BC_446C_597E_700A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPÓSITOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	38,35	Taxa de Cálculo	
Imposto	0,00	Alíquota ICMS	
Impostos	0,00	Valor do ICMS	
Encargos	0,00	Valor do PIS	0,19
Total da Fatura	1,07	Valor do COFINS	0,88

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	BIC		PIC		BNC		DCB	
	Mensal	Trimestral	Bruto	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Bruto
Saldo	6,77	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	-
Indicador	1,96					1,27		
Capital				Periodo de Apuração	Exigível		26,87	
				10/2018				

SÃO FRANCISCO



Declaração de Acidente de Trânsito N° 546 / 2018

COMUNICAMOS A V. S* QUE NESTA DATA COMPARCEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 08/12/2018	HORA: 08:59
LOGRADOURO: AV. GOVERNADOR EDMUNDO PINTO, 276	
BAIRRO: RUI LINO	CIDADE: RIO BRANCO
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO CORPO DE BOMBEIROS	

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NXT - 4359	MARCA: YAMAHA	MODELO: FACTOR YBR 125 ED	ESPÉCIE: PASSAGEIRO
RENAVAM: 00500448051	CHASSI: 9C6KE1500D0073659	COR: AZUL	UF: AC
PROPRIETÁRIO: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA			CPF: 674.680.472-00
ENDERECO: RUA CEREJEIRA, 150 – LOT. ALTAMIRA - PLACAS			CIDADE: RIO BRANCO

3. DADOS DA VÍTIMA	<input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO	<input type="checkbox"/> CICLISTA	<input type="checkbox"/> PEDESTRE
NOME: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA			ESTADO CIVIL: Solteira	
SEXO: MASCULINO	NASCIMENTO: 27/05/1970			PROFISSÃO: AUTÔNOMO
CPF: 674.680.472-00	RG: 618853			ORG.: SSP/PR
NATURALIDADE: PARANÁ			NACIONALIDADE: BRASILEIRO	
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL				
REGISTRO DA CNH: 02612019075	CATEGORIA: AB	VALIDADE: 11/06/2019	UF: AC	
ENDERECO: RUA CEREJEIRA, 150 – LOT. ALTAMIRA - PLACAS	CIDADE: RIO BRANCO			

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito – BPTRAN, o Sr. CARLOS SIMÃO PONTES, ele relata que no dia, local e horário supramencionados trafegava na referida motocicleta quando em dado momento um cachorro entrou na sua frente não sendo possível desviá-lo. Neste momento caiu no chão quebrando o punho e o braço direito. Sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para a HUERB, sob número do BE 2600713.

20/12/2018

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: DORIVAL PEREIRA DE OLIVEIRA	RG: 4297
POSTO/GRAD: CB PM	MATRÍCULA: 9187332-3
DATA: 26/12/2018	HORA: 14:47
ASSINATURA:	

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.

ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 08/12/2018 Hora emissão: 08:34 Operador:
Nº da Ocorrência 1812000027	Qtd. Vítimas 1	DTH Início: 08/12/2018 07:40 DTHF Término: 08/12/2018 09:05	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Causa: CAUSAS EXTERNAS Motivo Causa: COLISÃO ANIMAL X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Sócio/ame: ANTONIO

End: R PRINCIPAL

Bairro: CONJUNTO RUI LINO

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: ACERCAO DO BOMBEIROS E O MERCADO RUI LINO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Socorrista: (65) 996529696
Queda: QUEDA

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CHS	Documentado
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:17
Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRAÇO DIREITO EDEMA LOCAL COM POSSIVEL FRACTURA DE RÁIO DISTAL E ESCORVIACOES BILATERAL SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. PA1328 F 062 SPC02 98%		
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43
Avaliação: SOLICITANTE. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRAÇO DIREITO EDEMA LOCAL SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Destino: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERS	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Intervenções:		
	Observações:		
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Destino: ENVIO DE VÉHICULO	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Intervenções:		
	Observações:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VÉHICULO

SEQ	Veículo: UEB 05 RBO Dt/Hr: Saída Base: 08/12/2018 07:55 Dt/Hr: Saída Local: 08/12/2018 08:10 Dt/Hr: Saída Destino: 08/12/2018 09:05	Data/Hora Envio Emissor: 08/12/2018 07:55 Dt/Hr: Chegada Local: 08/12/2018 08:00 Dt/Hr: Chegada Destino: 08/12/2018 08:27 Dt/Hr: Chegada Base: 08/12/2018 10:02
1		

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45	THALITA DE LIMA RAMOS	
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:47	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:06	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:18	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DEOLDO	08/12/2018 08:57	JANINE DA SILVA LIMA DEOLDO	EM FILA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	674.680.472-00	Carlos Simão de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome completo:		CPF:
Carlos Simão de Oliveira			674.680.472-00
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Autônomo	Rua Cerejeira	150	casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Chico Mendes	Rio Branco	Acre	69.902-657
E-mail:	Tel.(DDD): (68) 99922-5105		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 36551 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

- Não há IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74; art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso 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 Víuvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: Rio Branco - Acre, 23 de janeiro de 2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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.

