



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
ACRE  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Rio Branco  
Processo: 07043598120198010001  
Classe do Processo: Petição  
Data/Hora: 22/05/2020 16:59:15

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

**Documentos**

Petição\*: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_01 - 1-3.pdf

Anexo - Petição: Pages from 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_parte 01 - 1-9.pdf

Anexo - Petição: Pages from 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_parte 01 - 10-14.pdf

Anexo - Petição: Pages from 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_parte 01 - 15-21.pdf

Anexo - Petição: Pages from 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_parte 01 - 22-24.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 1-3.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 4-7.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 8-9.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 10-11.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 12-13.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 14-19.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 20-22.pdf

Anexo - Petição: 2619496\_IMPUGNACAO\_AO  
\_LAUDO\_PERICIAL\_Anexo\_02\_Parte 02 - 23-24.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter  
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>ª</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC**

**Processo:** 07043598120198010001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>ª</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada no 5º metatarso do pé direito seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Conforme observado nos documentos médicos apresentados nos autos, os mesmos são inconclusivos, incapazes de comprovar qualquer acompanhamento ou tratamento médico que ateste a invalidez permanente aduzida pelo autor.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

**DA AUSÊNCIA DE AGRAVAMENTO:**

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no punho direito com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50. Já para a lesão no 5º metatarso do pé direito foi realizado tratamento conservador e fisioterapia.

# 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 5º metatarso do pé direito

Descrição do exame físico: 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.

Resultados terapêuticos: 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

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

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

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com mais uma lesão de grau leve no 5º metatarso do pé direito.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no punho direito com repercussão média (50%) e no 5º metatarso do pé direito de repercussão leve (25%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no punho direito com repercussão média (50%) e no presente laudo judicial foi apresentada a mesma lesão com repercussão média (50%), porém somando a mais uma outra lesão no 5º metatarso do pé direito de repercussão leve (25%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 20 de maio de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/AC 3988**

**DIEGO PAULI**  
**4550 - OAB/AC**

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

**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: 46 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA  
Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO  
Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CIREJEIRA 00150  
Bairro.....: PLACAS Cep.: 99999-999  
Telefone.....: 000000092810254  
Municipio.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

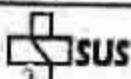
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2600713  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 999.0050  
Data da Internacao: 08/12/2018  
Hora da Internacao: 08:59  
Medico Solicitante: 391.464.562-87 - RAIMUNDO NONATO ANUTE DE LIMA  
Procdd. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: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

ORIGINAL



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 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wells Simões da Oliveira

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
57601

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/1970

9 - SEXO

10

Mae:  Fam:  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Felicia tecelógrafa Simões

SOO

11 - FONE DE CONTATO  
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Setoramento, Setoramento Rua cerejeira 150 placas

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

48167-0000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Wells sente muito e sente muito que o tio  
é um pouco mais e já não

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento crônico

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

Artrite, dor-lombos, Radigutita

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

Entes belos, não posso

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS

CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

13/10/2013

Carimbo  
COT

— 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

35 - ( ) CNPJ DA EMPRESA

39 - CNAE DA EMPRESA

40 - CEP

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - DESEMPREGADO

45 - DESEMPREGADO

46 - PENSIONADO

47 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

CNS

CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - 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: BAIRRO: CHICO MENDES  
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.:  
NOME PAI/MAE: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA /ZELIA TEOTONIO SIMAO  
RESPONSAVEL: O MESMO TEL.: 9922510  
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 [ X mmHg ] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FCI [ ] SPO2 [ ]  
EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1/

Perdeu visão de ambos os olhos e cocheira  
reflexo doloroso no olho direito

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Sedative Roxo Cervical

Dipirona 500 mg x 1000 mg

Platif 400 mg x 1000 mg

200000  
Raimundo Nonato Júnior de Lima  
Medico

DATA DA SAIDA: / / / CRM 836-AC HORA DA SAIDA: :  
ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO CRM 836-AC  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO EVASAO [ ] DESISTENCIA  
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 de Almeida  
Raimundo Nonato Júnior de Lima  
Medico CRM 836-AC

HUEEB

ALERGIAS/MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTERCLÍNICO  
ODONTO  
IPEDCLASSIFICAÇÃO  
Geral

NOME DO PACIENTE				IDADE				
QUEIXA PRINCIPAL	Indisposição constante. Dor no lado direito da testa				COMORBIDADES:			
FLUXOGRAMA								
DISCRIMINADOR					Peso:			
PARAMETROS	PA: 158 x 143 mmHg	Temp.: 36,5°C	Sat. O2: 97%	P脉: 72 bpm				
	ESCALA DE DOR	Respiratória	Intestinal	Cardíaca	Neurálgica	Localizada	Face	Extremidades
CLASIFICADOR (carimbo e assinatura)	Assinatura		HORÁRIO DA CR: Tempo médio: 3 minutos	DESISTÊNCIA	EVASÃO	HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO					Assinatura			

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- Medicação Via Oral – VO, com \_\_\_\_\_ ml de água potável;  
 Medicação Intramuscular – IM, local: \_\_\_\_\_;  
 Medicação Endovenosa – EV, puncionado em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_ com ( ) Jeito n°: \_\_\_\_\_ ( ) Seção n°: \_\_\_\_\_;  
 Medicação sublingual;  
 Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;  
 NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

## ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 08:00h Admitido neste setor procedente da Agm. Cardiologo  
 para exame laboratorial e mineral. Internado na Unidade de S.D.

SAME / HUEEB  
 COPIA  
 CONFORME ORIGINAL

REGISTRO

PACIENTE

Heitor Simão da Cunha

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO

HUERB

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
<p>MECANISMO DE TRAUMA: <i>Bruxite de ferro</i> DATA DO TRAUMA: <i>08/11/13</i> RADIOGRAFIAS:</p> <p>EXAME FÍSICO:</p>	<p>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 SFD 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</p> <p><i>Dr. Gomide T. C. Cunha</i> <i>Ortopedista e Traumatologista</i></p>	<p><i>18:00 paciente chega atendido na C.C. B paciente de alta devido dor abd dor abdominal ao desprendimento de fungo</i></p>	

DIAGNÓSTICO:  
*Fractura de ferro*  
CONDUTA NA EMERGÊNCIA:  
*Paciente internado*

**SAME / HUERB**  
**CÓPIA**  
**ORIGINAL**

**CONFORME**



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

ט – 10 –

**REGISTRO PACIENTE**

CARLOS

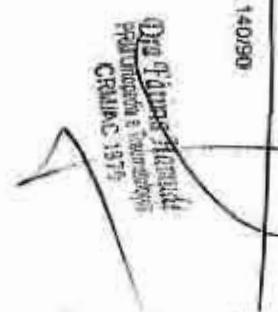
卷之三

48

CLINICAL

LEITC

卷之三

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DATA: 08/12/2018			
FRATURA DE ARTICULAR ESQUERDO	RÁDIO DISTAL		
FRATURA DE 5 METATÁRSO DIREITO EM TRATAMENTO CONSERVADOR	PE		
PACIENTE REFERE DOR EM FUNHO ESQUERDO E PRESERVADOS	NEUROLOGICO		
SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR DR RONELDO			
1. DIETA VÔ. LIVRE			
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS			
3. DIFIROMA 1GR EV DILUIDO 6/5H			
4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS			
7. CUIDADOS GERAIS			
8. SINAIS VITais			
9. CURATIVO DIARIO			
10. CAPTOPRIL 25 MG VÔ PA MAIOR DE 140/90			
 Dr. Gelson Andrade Pediatria e Traumatologia CRMAC 1977			
10 16 22 04 16 06 16 04 16 06 16 04 16 06 16 04 16 06			
SAME / HJERB COPIA CONFORME ORIGINAL			



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

IDADE	CLÍNICA
48	CMEB-CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LETÖLET



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

REGISTRO

**PACIENTE**

PACIENTE  
CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

48

CLÍNICA

LETO  
M05

HUKU  
"HUKU"  
1990, 25

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DATA: 08/12/2018</p> <p>FRATURA DE RÁDIO CISTAL ARTICULAR ESQUERDO</p> <p>FRATURA DE 5 METATARSO DIREITO</p> <p>EM TRATAMENTO CONSERVADOR</p> <p>PACIENTE REFERE DOR EM FUNHO ESQUERDO PULSO E PRESERVADOS</p> <p>SOLICITO PRECIRURGICOS</p> <p>VISITADOR: DR. ISSASSE</p>	<p>1. DIETA VÔ-LIVRE <b>500</b> <b>500</b></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS</p> <p>3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6'6H</p> <p>4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS</p> <p>PE 6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CAPTOPRIL 25 MG VÔ PA MAIOR DE 140/90</p>	<p>17:00h</p> <p>trocar banho de asp. lavar fraldas de vez em quando</p> <p>manter + suave</p> <p>batida. resitar dietar</p> <p>afrouxar, quando houver dilegicão excesso</p> <p>HC: Responde</p>	<p>8:00h 17:00h</p> <p>trocar banho de asp. lavar fraldas de vez em quando</p> <p>manter + suave</p> <p>batida. resitar dietar</p> <p>afrouxar, quando houver dilegicão excesso</p> <p>HC: Responde</p>



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

**REGISTRO PACIENTE**

1

CARLOS

48

CLINIC

LETTO

271

Unid. Mendes | Crie  
Enfermeira CORE/MAC 359-8  
Especialista em Psiquiatria  
Saúde Mental

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	Cada Sime de Souza	
OTIVO DA CONSULTA:	RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO	
ptas labas abertas de excreta de paciente evoluindo com febre de 38,5°C e 5º Melatonio. Pela dor no meio da barriga. Sal Acre controle e N.º 2000		
NAME DO SOLICITANTE	DATA: 15/10/2010 HORA:	

DR Italo Mainegra  
CRM Ortopedia Traumatologia  
Cari/AC 1500

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAÚDE / HUERB  
CONFORME ORIGINAL

NAME DO MÉDICO DATA HORA

Conde Simão de Oliveira

430 *W. B. Smith*

$$\frac{85}{85} = 1$$

264

CL3 FIG-11 25

218

16

三

四

四百四十一

1

118

III  
12  
90  
100  
110  
120  
130  
140  
150  
160  
170  
180  
190  
200  
210  
220  
230  
240  
250  
260  
270  
280  
290  
300  
310  
320  
330  
340  
350  
360  
370  
380  
390  
400  
410  
420  
430  
440  
450  
460  
470  
480  
490  
500  
510  
520  
530  
540  
550  
560  
570  
580  
590  
600  
610  
620  
630  
640  
650  
660  
670  
680  
690  
700  
710  
720  
730  
740  
750  
760  
770  
780  
790  
800  
810  
820  
830  
840  
850  
860  
870  
880  
890  
900  
910  
920  
930  
940  
950  
960  
970  
980  
990  
1000  
1010  
1020  
1030  
1040  
1050  
1060  
1070  
1080  
1090  
1100  
1110  
1120  
1130  
1140  
1150  
1160  
1170  
1180  
1190  
1200  
1210  
1220  
1230  
1240  
1250  
1260  
1270  
1280  
1290  
1300  
1310  
1320  
1330  
1340  
1350  
1360  
1370  
1380  
1390  
1400  
1410  
1420  
1430  
1440  
1450  
1460  
1470  
1480  
1490  
1500  
1510  
1520  
1530  
1540  
1550  
1560  
1570  
1580  
1590  
1600  
1610  
1620  
1630  
1640  
1650  
1660  
1670  
1680  
1690  
1700  
1710  
1720  
1730  
1740  
1750  
1760  
1770  
1780  
1790  
1800  
1810  
1820  
1830  
1840  
1850  
1860  
1870  
1880  
1890  
1900  
1910  
1920  
1930  
1940  
1950  
1960  
1970  
1980  
1990  
2000  
2010  
2020  
2030  
2040  
2050  
2060  
2070  
2080  
2090  
2100  
2110  
2120  
2130  
2140  
2150  
2160  
2170  
2180  
2190  
2200  
2210  
2220  
2230  
2240  
2250  
2260  
2270  
2280  
2290  
2300  
2310  
2320  
2330  
2340  
2350  
2360  
2370  
2380  
2390  
2400  
2410  
2420  
2430  
2440  
2450  
2460  
2470  
2480  
2490  
2500  
2510  
2520  
2530  
2540  
2550  
2560  
2570  
2580  
2590  
2600  
2610  
2620  
2630  
2640  
2650  
2660  
2670  
2680  
2690  
2700  
2710  
2720  
2730  
2740  
2750  
2760  
2770  
2780  
2790  
2800  
2810  
2820  
2830  
2840  
2850  
2860  
2870  
2880  
2890  
2900  
2910  
2920  
2930  
2940  
2950  
2960  
2970  
2980  
2990  
3000  
3010  
3020  
3030  
3040  
3050  
3060  
3070  
3080  
3090  
3100  
3110  
3120  
3130  
3140  
3150  
3160  
3170  
3180  
3190  
3200  
3210  
3220  
3230  
3240  
3250  
3260  
3270  
3280  
3290  
3300  
3310  
3320  
3330  
3340  
3350  
3360  
3370  
3380  
3390  
3400  
3410  
3420  
3430  
3440  
3450  
3460  
3470  
3480  
3490  
3500  
3510  
3520  
3530  
3540  
3550  
3560  
3570  
3580  
3590  
3600  
3610  
3620  
3630  
3640  
3650  
3660  
3670  
3680  
3690  
3700  
3710  
3720  
3730  
3740  
3750  
3760  
3770  
3780  
3790  
3800  
3810  
3820  
3830  
3840  
3850  
3860  
3870  
3880  
3890  
3900  
3910  
3920  
3930  
3940  
3950  
3960  
3970  
3980  
3990  
4000  
4010  
4020  
4030  
4040  
4050  
4060  
4070  
4080  
4090  
4100  
4110  
4120  
4130  
4140  
4150  
4160  
4170  
4180  
4190  
4200  
4210  
4220  
4230  
4240  
4250  
4260  
4270  
4280  
4290  
4300  
4310  
4320  
4330  
4340  
4350  
4360  
4370  
4380  
4390  
4400  
4410  
4420  
4430  
4440  
4450  
4460  
4470  
4480  
4490  
4500  
4510  
4520  
4530  
4540  
4550  
4560  
4570  
4580  
4590  
4600  
4610  
4620  
4630  
4640  
4650  
4660  
4670  
4680  
4690  
4700  
4710  
4720  
4730  
4740  
4750  
4760  
4770  
4780  
4790  
4800  
4810  
4820  
4830  
4840  
4850  
4860  
4870  
4880  
4890  
4900  
4910  
4920  
4930  
4940  
4950  
4960  
4970  
4980  
4990  
5000  
5010  
5020  
5030  
5040  
5050  
5060  
5070  
5080  
5090  
5000  
5010  
5020  
5030  
5040  
5050  
5060  
5070  
5080  
5090  
5100  
5110  
5120  
5130  
5140  
5150  
5160  
5170  
5180  
5190  
5200  
5210  
5220  
5230  
5240  
5250  
5260  
5270  
5280  
5290  
5300  
5310  
5320  
5330  
5340  
5350  
5360  
5370  
5380  
5390  
5400  
5410  
5420  
5430  
5440  
5450  
5460  
5470  
5480  
5490  
5500  
5510  
5520  
5530  
5540  
5550  
5560  
5570  
5580  
5590  
5600  
5610  
5620  
5630  
5640  
5650  
5660  
5670  
5680  
5690  
5700  
5710  
5720  
5730  
5740  
5750  
5760  
5770  
5780  
5790  
5800  
5810  
5820  
5830  
5840  
5850  
5860  
5870  
5880  
5890  
5900  
5910  
5920  
5930  
5940  
5950  
5960  
5970  
5980  
5990  
6000  
6010  
6020  
6030  
6040  
6050  
6060  
6070  
6080  
6090  
6100  
6110  
6120  
6130  
6140  
6150  
6160  
6170  
6180  
6190  
6200  
6210  
6220  
6230  
6240  
6250  
6260  
6270  
6280  
6290  
6300  
6310  
6320  
6330  
6340  
6350  
6360  
6370  
6380  
6390  
6400  
6410  
6420  
6430  
6440  
6450  
6460  
6470  
6480  
6490  
6500  
6510  
6520  
6530  
6540  
6550  
6560  
6570  
6580  
6590  
6600  
6610  
6620  
6630  
6640  
6650  
6660  
6670  
6680  
6690  
6700  
6710  
6720  
6730  
6740  
6750  
6760  
6770  
6780  
6790  
6800  
6810  
6820  
6830  
6840  
6850  
6860  
6870  
6880  
6890  
6900  
6910  
6920  
6930  
6940  
6950  
6960  
6970  
6980  
6990  
7000  
7010  
7020  
7030  
7040  
7050  
7060  
7070  
7080  
7090  
7100  
7110  
7120  
7130  
7140  
7150  
7160  
7170  
7180  
7190  
7200  
7210  
7220  
7230  
7240  
7250  
7260  
7270  
7280  
7290  
7300  
7310  
7320  
7330  
7340  
7350  
7360  
7370  
7380  
7390  
7400  
7410  
7420  
7430  
7440  
7450  
7460  
7470  
7480  
7490  
7500  
7510  
7520  
7530  
7540  
7550  
7560  
7570  
7580  
7590  
7600  
7610  
7620  
7630  
7640  
7650  
7660  
7670  
7680  
7690  
7700  
7710  
7720  
7730  
7740  
7750  
7760  
7770  
7780  
7790  
7800  
7810  
7820  
7830  
7840  
7850  
7860  
7870  
7880  
7890  
7900  
7910  
7920  
7930  
7940  
7950  
7960  
7970  
7980  
7990  
8000  
8010  
8020  
8030  
8040  
8050  
8060  
8070  
8080  
8090  
8100  
8110  
8120  
8130  
8140  
8150  
8160  
8170  
8180  
8190  
8200  
8210  
8220  
8230  
8240  
8250  
8260  
8270  
8280  
8290  
8300  
8310  
8320  
8330  
8340  
8350  
8360  
8370  
8380  
8390  
8400  
8410  
8420  
8430  
8440  
8450  
8460  
8470  
8480  
8490  
8500  
8510  
8520  
8530  
8540  
8550  
8560  
8570  
8580  
8590  
8600  
8610  
8620  
8630  
8640  
8650  
8660  
8670  
8680  
8690  
8700  
8710  
8720  
8730  
8740  
8750  
8760  
8770  
8780  
8790  
8800  
8810  
8820  
8830  
8840  
8850  
8860  
8870  
8880  
8890  
8900  
8910  
8920  
8930  
8940  
8950  
8960  
8970  
8980  
8990  
9000  
9010  
9020  
9030  
9040  
9050  
9060  
9070  
9080  
9090  
9100  
9110  
9120  
9130  
9140  
9150  
9160  
9170  
9180  
9190  
9200  
9210  
9220  
9230  
9240  
9250  
9260  
9270  
9280  
9290  
9300  
9310  
9320  
9330  
9340  
9350  
9360  
9370  
9380  
9390  
9400  
9410  
9420  
9430  
9440  
9450  
9460  
9470  
9480  
9490  
9500  
9510  
9520  
9530  
9540  
9550  
9560  
9570  
9580  
9590  
9600  
9610  
9620  
9630  
9640  
9650  
9660  
9670  
9680  
9690  
9700  
9710  
9720  
9730  
9740  
9750  
9760  
9770  
9780  
9790  
9800  
9810  
9820  
9830  
9840  
9850  
9860  
9870  
9880  
9890  
9900  
9910  
9920  
9930  
9940  
9950  
9960  
9970  
9980  
9990  
10000  
10010  
10020  
10030  
10040  
10050  
10060  
10070  
10080  
10090  
10000  
10010  
10020  
10030  
10040  
10050  
10060  
10070  
10080  
10090  
10100  
10110  
10120  
10130  
10140  
10150  
10160  
10170  
10180  
10190  
10200  
10210  
10220  
10230  
10240  
10250  
10260  
10270  
10280  
10290  
10300  
10310  
10320  
10330  
10340  
10350  
10360  
10370  
10380  
10390  
10400  
10410  
10420  
10430  
10440  
10450  
10460  
10470  
10480  
10490  
10500  
10510  
10520  
10530  
10540  
10550  
10560  
10570  
10580  
10590  
10600  
10610  
10620  
10630  
10640  
10650  
10660  
10670  
10680  
10690  
10700  
10710  
10720  
10730  
10740  
10750  
10760  
10770  
10780  
10790  
10800  
10810  
10820  
10830  
10840  
10850  
10860  
10870  
10880  
10890  
10900  
10910  
10920  
10930  
10940  
10950  
10960  
10970  
10980  
10990  
11000  
11010  
11020  
11030  
11040  
11050  
11060  
11070  
11080  
11090  
11100  
11110  
11120  
11130  
11140  
11150  
11160  
11170  
11180  
11190  
11200  
11210  
11220  
11230  
11240  
11250  
11260  
11270  
11280  
11290  
11300  
11310  
11320  
11330  
11340  
11350  
11360  
11370  
11380  
11390  
11400  
11410  
11420  
11430  
11440  
11450  
11460  
11470  
11480  
11490  
11500  
11510  
11520  
11530  
11540  
11550  
11560  
11570  
11580  
11590  
11600  
11610  
11620  
11630  
11640  
11650  
11660  
11670  
11680  
11690  
11700  
11710  
11720  
11730  
11740  
11750  
11760  
11770  
11780  
11790  
11800  
11810  
11820  
11830  
11840  
11850  
11860  
11870  
11880  
11890  
11900  
11910  
11920  
11930  
11940  
11950  
11960  
11970  
11980  
11990  
12000  
12010  
12020  
12030  
12040  
12050  
12060  
12070  
12080  
12090  
12100  
12110  
12120  
12130  
12140  
12150  
12160  
12170  
12180  
12190  
12200  
12210  
12220  
12230  
12240  
12250  
12260  
12270  
12280  
12290  
12300  
12310  
12320  
12330  
12340  
12350  
12360  
12370  
12380  
12390  
12400  
12410  
12420  
12430  
12440  
12450  
12460  
12470  
12480  
12490  
12500  
12510  
12520  
12530  
12540  
12550  
12560  
12570  
12580  
12590  
12600  
12610  
12620  
12630  
12640  
12650  
12660  
12670  
12680  
12690  
12700  
12710  
12720  
12730  
12740  
12750  
12760  
12770  
12780  
12790  
12800  
12810  
12820  
12830  
12840  
12850  
12860  
12870  
12880  
12890  
12900  
12910  
12920  
12930  
12940  
12950  
12960  
12970  
12980  
12990  
13000  
13010  
13020  
13030  
13040  
13050  
13060  
13070  
13080  
13090  
13100  
13110  
13120  
13130  
13140  
13150  
13160  
13170  
13180  
13190  
13200  
13210  
13220  
13230  
13240  
13250  
13260  
13270  
13280  
13290  
13300  
13310  
13320  
13330  
13340  
13350  
13360  
13370  
13380  
13390  
13400  
13410  
13420  
13430  
13440  
13450  
13460  
13470  
13480  
13490  
13500  
13510  
13520  
13530  
13540  
13550  
13560  
13570  
13580  
13590  
13600  
13610  
13620  
13630  
13640  
13650  
13660  
13670  
13680  
13690  
13700  
13710  
13720  
13730  
13740  
13750  
13760  
13770  
13780  
13790  
13800  
13810  
13820  
13830  
13840  
13850  
13860  
13870  
13880  
13890  
13900  
13910  
13920  
13930  
13940  
13950  
13960  
13970  
13980  
13990  
14000  
14010  
14020  
14030  
14040  
14050  
14060  
14070  
14080  
14090  
14100  
14110  
14120  
14130  
14140  
14150  
14160  
14170  
14180  
14190  
14200  
14210  
14220  
14230  
14240  
14250  
14260  
14270  
14280  
14290  
14300  
14310  
14320  
14330  
14340  
14350  
14360  
14370  
14380  
14390  
14400  
14410  
14420  
14430  
14440  
14450  
14460  
14470  
14480  
14490  
14500  
14510  
14520  
14530  
14540  
14550  
14560  
14570  
14580  
14590  
14600  
14610  
14620  
14630  
14640  
14650  
14660  
14670  
14680  
14690  
14700  
14710  
14720  
14730  
14740  
14750  
14760  
14770  
14780  
14790  
14800  
14810  
14820  
14830  
14840  
14850  
14860  
14870  
14880  
14890  
14900  
14910  
14920  
14930  
14940  
14950  
14960  
14970  
14980  
14990  
15000  
15010  
15020  
15030  
15040  
15050  
15060  
15070  
15080  
15090  
15100  
15110  
15120  
15130  
15140  
15150  
15160  
15170  
15180  
15190  
15200  
15210  
15220  
15230  
15240  
15250  
15260  
15270  
15280  
15290  
15300  
15310  
15320  
15330  
15340  
15350  
15360  
15370  
15380  
15390  
15400  
15410  
15420  
15430  
15440  
15450  
15460  
15470  
15480  
15490  
15500  
15510  
15520  
15530  
15540  
15550  
15560  
15570  
15580  
15590  
15600  
15610  
15620  
15630  
15640  
15650  
15660  
15670  
15680  
15690  
15700  
15710  
15720  
15730  
15740  
15750  
15760  
15770  
15780  
15790  
15800  
15810  
15820  
15830  
15840  
15850  
15860  
15870  
15880  
15890  
15900  
15910  
15920  
15930  
15940  
15950  
15960  
15970  
15980  
15990  
16000  
16010  
16020  
16030  
16040  
16050  
16060  
16070  
16080  
16090  
16100  
16110  
16120  
16130  
16140  
16150  
16160  
16170  
16180  
16190  
16200  
16210  
16220  
16230  
16240  
16250  
16260  
16270  
16280  
16290  
16300  
16310  
16320  
16330  
16340  
16350  
16360  
16370  
16380  
16390  
16400  
16410  
16420  
16430  
16440  
16450  
16460  
16470  
16480  
16490  
16500  
16510  
16520  
16530  
16540  
16550  
16560  
16570  
16580  
16590  
16600  
16610  
16620  
16630  
16640  
16650  
16660  
16670  
16680  
16690  
16700  
16710  
16720  
16730  
16740  
16750  
16760  
16770  
16780  
16790  
16800  
16810  
16820  
16830  
16840  
16850  
16860  
16870  
16880  
16890  
16900  
16910  
16920  
16930  
16940  
16950  
16960  
16970  
16980  
16990  
17000  
17010  
17020  
17030  
17040  
17050  
17060  
17070  
17080  
17090  
17100  
17110  
17120  
17130  
17140  
17150  
17160  
17170  
17180  
17190  
17200  
17210  
17220  
17230  
17240  
17250  
17260  
17270  
17280  
17290  
17300  
17310  
17320  
17330  
17340  
17350  
17360  
17370  
17380  
17390  
17400  
17410  
17420  
17430  
17440  
17450  
17460  
17470  
17480  
17490  
17500  
17510  
17520  
17530  
17540  
17550  
17560  
17570  
17580  
17590  
17600  
17610  
17620  
17630  
17640  
17650  
17660  
17670  
17680  
17690  
17700  
17710  
17720  
17730  
17740  
17750  
17760  
17770  
17780  
17790  
17700  
17710  
17720  
17730  
17740  
17750  
17760  
17770  
17780  
17790  
17800  
17810  
17820  
17830  
17840  
17850  
17860  
17870  
17880  
17890  
17800  
17810  
17820  
17830  
17840  
17850  
17860  
17870  
17880  
17890  
17900  
17910  
17920  
17930  
17940  
17950  
17960  
17970  
17980  
17990  
18000  
18010  
18020  
18030  
18040  
18050  
18060  
18070  
18080  
18090  
18000  
18010  
18020  
18030  
18040  
18050  
18060  
18070  
18080  
18090  
18100  
18110  
18120  
18130  
18140  
18150  
18160  
18170  
18180  
18190  
18100  
18110  
18120  
18130  
18140  
18150  
18160  
18170  
18180  
18190  
18200  
18210  
18220  
18230  
18240  
18250  
18260  
18270  
18280  
18290  
18200  
18210  
18220  
18230  
18240  
18250  
18260  
18270  
18280  
18290  
18300  
18310  
18320  
18330  
18340  
18350  
18360  
18370  
18380  
18390  
18300  
18310  
18320  
18330  
18340  
18350  
18360  
18370  
18380  
18390  
18400  
18410  
18420  
18430  
18440  
18450  
18460  
18470  
18480  
18

41

21

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

RISCO CARDIOLÓGICO NO MOMENTO.

*SAME / HUERB*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*

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

RIO BRANCO/AC, 08 DE DEZEMBRO DE 2018

M5  
**HUERB**  
**PATOLOGIA CLINICA**

AV. MAGUES UNIDAS, 700. - BORBORE - 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**

Hemocritas (em milhoes)....	5,32	mm3	VR: H:6,0 a 6,5 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.....	25,90	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	mm3	
Bastonetes.....	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.....	3	%	VR: 1 a 3 %
Valor Absoluto.....	475	mm3	
Blastos.....	3	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	3	mm3	
Observacao:.....	-	-	

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

*SAME / HUERB*  
*CÓPIA*  
*CONFORME ORIGINAL*

*Jurdeli Santos de Araújo*  
*Biomedico*  
*CRBM 2668*

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 9 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

HUEBB

## LABORATORIO DE ANALISES CLÍNICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

ID paciente:

IP almost:

Data nascimento:

Idade: 48 Anos

Cód. barra: 1040899

Tipos 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:

### Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Emerson to Weston, Feb. 22, 1844  
Boston  
4 p. m. P.M.



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRA SOCIAL DA Igreja Católica

CNPJ 01.329.443/0003-35

Rua Alvorada, nº 806 - Bonsucesso - 69.000-740 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-1700/Fax: 3221-9229

[www.hsj.org.br](http://www.hsj.org.br)

## TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIAS E CONSENTIMENTO (INFORMADO)

Pelo presente termo de esclarecimento, ciência e consentimento, declaro, eu, Cordei Serrado de Oliveira, identificado como paciente, responsável, doente, para que sejam produzidos os seguintes efeitos que:

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

F. Roderic. Serrado de Oliveira

- 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 natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

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

Exame de sangue

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

- 4) Estou ciente que em procedimentos médicos inovas vias, como a citado, podem ocorrer complicações gerais com sangramento, infecção, problemas cardiorespiratórios. Além disso, as principais complicações associadas específicas a este procedimento são as seguintes:

Perda de sangue

Pseudo Artro

- 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:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

*Fadiga do dia a dia muito*

*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-TRANSFÉRENCIA 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 RECENTE-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 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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 RECENTE-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECENTE-NASCIDO



## FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 166393 - 2

Entrada: 13/12/2018

Hora: 1750

Apto/Leito: 105 C

Paciente:

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

Rcg. Geral: 618853

Orgão Emissor: SSP

PR

Data Expedição: 13/11/2002

CPF: 67468047200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 700102967222016

Sexo: M

Dt. Nasc.: 27/05/1970

Est. Civil: AMASIADO(A)

Natur.: CORBELIA

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

Local de Trabalho:

Profissão: AUTONOMO

PAI: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA

MAE: ZELIA TEOTONIO SIMAO

Resp.: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

End.

Nro.: Cidade:

UF:

Fone Res.: 68 - 999665499

Fone Com.:

-

H. S. J.

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

14/12/2017

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

trat. ai frat. de  
radio distal  
Cerv

Nro Guia:

Sispre:

Médico ( a ): FRANCIS KASHIMA

Francis Kashima S. Lopes  
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

JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

## 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

## RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

As 18:10h paciente admitido no setor da Clínica Cirúrgica procedente de sua residência para procedimento cirúrgico, aos cuidados do Dr. Francis, diabulando, normocorrido, eufônico e afivel. Nega alergia medicamentosa e alergia crônica. Dados os orientações de enfermagem em pré-operatório. Acomodado ao leito, acompanhado de familiar. PA: 110x60 mmHg; SPO<sub>2</sub>: 98%. FC: 87 bpm; T ax: 36.9°C

Joel Carlos de Sá Lima  
Enfermeiro  
COPENAG: 617065

1/1/12/18 As 07:45 paciente deu entrada na sala de pré-operatório para submeter-se a procedimento cirúrgico. Veio desambulando, eufônico, afivel, normocor. Olhos comuns colhos. Fosforando A.V. P em MSE, com bons fluxos. Monitorizado com oxímetro de pulso com SPO<sub>2</sub> 96%. FC 73 bpm. PA 130x90 mmHg. T.E hidrocarbonados normais com CO<sub>2</sub> 24.77

14/12/18. As 11:20h paciente deu entrada em S.O para submeter-se a procedimento cirúrgico de tratamento de fratura radio distal direito, aos cuidados Dr. Francis, auxiliares Dr. Felipe e Dr. Robson. Fosforando, eufônico, normocor, normocorrido. Fosforando A.V. P em MSE com bons fluxos. As 11:25h submetido a anestesia geral pelo Dr. Alisson. As 11:40h inicio do procedimento cirúrgico. As 12:15h término do procedimento cirúrgico. PA 165x99 mmHg, SPO<sub>2</sub> 100%. FC 87 bpm. Segue pronto-ambulatório + anêstesia. Paciente encaminhado para SRPA As 12:30h.

Assinatura do Enfermeiro:   
Nome: Dr. Francisco   
COPENAG: 001.142.006

Confere com a Original  
Hospital Santa Júlia  
0191-0000-3700003-36  
Consulta n.º 806 - Botucatu



**FORMULÁRIO**  
**CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO**

FO.CME.HSI. N°02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		<b>INFORMAÇÕES CLÍNICAS</b>		
Nome	Carlos Simão de Oliveira	Data Nascimento	Idade	Sexo
Nome da mãe	Zélia Teotonio Simão	Apresentação	Convênio	
<b>INFORMAÇÕES CIRÚRGICAS</b>				
CIRURGIA	INSTRUMENTADOR			
T.C. Frat. Radio distal D.	Alex			
CIRURGÃO	PERFUSIONISTA			
Francis				
1º AUXILIAR	ENFERMEIRO			
Robson / Felipe	Jeane / Fernanda			
ANESTESESTA	CIRCULANTE			
Arlesson	Tâlina			
DATA	SALA			
14/12/18	05			

<b>ETIQUETA</b> 131218 01 Data de Previsão: 1301.19 Data de Válida: 12 Data de Carga: 12	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 121218 02 Data de Previsão: 1201.19 Data de Válida: 04 Data de Carga: 21	<b>CARGA</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 01 Data de Previsão: 1301.19 Data de Válida: 03 Data de Carga: 13	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 02 Data de Previsão: 1301.19 Data de Válida: 05 Data de Carga: 12	<b>CARGAMAT</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> 131218 02 Data de Previsão: 1301.19 Data de Válida: 05 Data de Carga: 12	<b>INTEGRADO</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
	<b>CARGA</b>	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
	<b>INTEGRADOR</b>	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
	<b>CARGA/MATERIAL</b>	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>

*Assinatura: 13122018*  
Confidencial - Hospital Santa Lúcia - CNPJ: 03.524.433/0001-40  
Rua Alves de Britto, 100 - Belo Horizonte - MG - Brasil

**FORMULÁRIO  
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO**

FO.CME.HF1-1002

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 2 de 2

<b>ETIQUETA</b> 	<b>INTEGRADOR</b> 	<b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>CARGA/MATERIAL</b>  <b>ETIQUETA</b> 		<b>INTEGRADOR</b>  <b>NÚMERO DE INSTRUMENTAIS</b> <b>INÍCIO</b> <input type="text"/> <b>FIM</b> <input type="text"/>
<b>NSU-CONTROLE DE MONTAGEM MAT. CONSIGNADOS</b>  <b>Data</b> <u>11/12/18</u> <b>Nome da caixa</b> <u>Cx. Mrs Dr. Francisco OSSEO</u> <b>Resp. pela montagem</b> <u>Alexandre</u> <b>Nome da Expressa</b> <u>Total Impuls</u>		
<b>Ring Indicator</b> <u>3100</u> <input type="checkbox"/> <b>Accept (OK)</b> <input type="checkbox"/> <b>Reject (NOK)</b> <input type="checkbox"/> <b>Next item accept window</b>		



# 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: 14/10/10				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura de fio de ferro				
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:				
CIRURGIAS REALIZADAS:		Ressecção de ferro + fio limpeza lâmina + fio removido		
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		Médico Paité		
ANESTESISTA		Hilman		
EQUIPE CIRURGICA:				
CIRURGIÃO: Jovens				
1º AUXILIAR: Hilman				
2º AUXILIAR: Júlio A.				
ANESTESISTA: Hilman				
CIRCULANTE:				
Hora Início:		Hora Término:		
				Duração:
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatomáticas, Funcionais, Estruturais, Etc)				
<p style="text-align: right;">166393 Confira com o original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Centro</p>				

**DESCRIÇÃO 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 + DISSEÇÃO 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 CORTICIAIS 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:**

- ABD 500 ml \_\_\_\_\_
- ABD 1000 ML \_\_\_\_\_
- Adrenalina 1 mg/1ml \_\_\_\_\_
- Bupivacaína 0,5% s/v \_\_\_\_\_
- Glicose 25% inj \_\_\_\_\_
- Sorbitol 1000ml \_\_\_\_\_

- Glicose 50% inj. \_\_\_\_\_
- Kolagenase pomada \_\_\_\_\_
- Neomicina pomada 5mg \_\_\_\_\_
- Ropivacaína 200mg \_\_\_\_\_
- SF 500 ml \_\_\_\_\_
- Ioversol \_\_\_\_\_

- SF 1000 ml \_\_\_\_\_
- Telebrix \_\_\_\_\_
- Xilocaina gel \_\_\_\_\_
- Xilocaina s/v \_\_\_\_\_
- Xilocaina c/v \_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_

**MATERIAL ENVIADO A EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO**

Confere com a Original  
Hospital Santa Lucília  
CRM-AC: 000.728.4430002-30  
Rua Amélia 000 n° 300 - São Luís

**CIRURGIÃO - CRM-AC**

**AUXILIAR CRM-AC**

Felipe Henrique de M. Dutra  
CRM-AC: 000.728.4430002-30  
RUA AMÉLIA 000 - SÃO LUÍS



# 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 Simão de Oliveira*  
 N° Apt.: *105C*  
 Data: *14/12/14*  
 Cirurgia: *TC. Frat. Radic Digital D.*  
 Início *11:40*  
 Término: *12:15*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr Francis*  
 Enfermeiro (o) *Feryayda*  
 Anestesista: *Dr. Anderson*  
 Tipo de Anestesia: *Pesso*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
<b>Respiração:</b> - Capacidade de respirar profundamente e tosse - Esforço respiratório limitado - Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	<i>2</i>	<i>2</i>		
<b>Circulação: Pressão arterial sistólica:</b> ->80% do nível pré-anestésico -50 à 80% do nível pré-anestésico -<50% do nível pré-anestésico	2 1 0	<i>2</i>	<i>2</i>		
<b>Nível de Consciência</b> - Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço) - Acorda quando chamado pelo nome -Não responde o comando	2 1 0	<i>1</i>		<i>2</i>	
<b>Coloração:</b> -Coloração e aparência normais da pele -coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, ictérico -clanose evidente:	2 1 0	<i>2</i>	<i>2</i>		
<b>Atividade muscular:</b> - Capacidade de movimentar todas extremidades: -Capacidade de movimentar-se duas extremidades -Incapacidade em controlar qualquer extremidade	2 1 0	<i>1</i>	<i>1</i>		
<b>Total</b>					
* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.					
*Horário de liberação.					
*Assinatura do Enfermeiro <i>Feryayda Passeira</i>					
*Assinatura do Médico Anestesiologista: <i>SOBRENOME - 425 498</i>					

*Assinatura*  
 Centro de Recuperação  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003-36  
 Rua Almirante Barroso, 1006 - Bento

*8/19*

*J. P. 13/05*

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 s/ tam fluxo, monitorizado por oximetria de pulso SPO<sub>2</sub> 96%, Fc 9 bpm, PA 156x102 mmHg. As 12:56 hs paciente permanece na APAC com SPO<sub>2</sub> 95%, Fc 77 bpm, PA 140x97 mmHg. As 12:55 hs paciente estabil sem querer recolheu alta da RPA pelo Dr. Silviano, encaminhando paciente em evaca ao leito

LUIZ AUGUSTO DA SILVA  
TAC 4/2018  
001.114.905  
COR

Contrário com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 01.529.443/0003-36  
Rua Almirante Ribeiro, 2000

## HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÉNIO: SUS

Pag. 1

ACÍENTE: 166393 - 2

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

LEITO: 105 C

DATA: 14/12/2018 HORA: 12:28

NRO PRESCRIÇÃO: 235004

NRO REQ. FARM: 1359510

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## QTD VIA FREQUENCIA

## HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1	14:00
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1 EV 6X6	10:00 12:00 06:00 10:00
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1 EV 6X6	10:00 12:00 06:00 10:00
	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	14:00 22:00
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1 EV 8X8	
	SORO FISIOLÓGICO 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	
05	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML ( SISTEMA FECHADO )	FRAS	1 EV 12X12	10:00 12:00 06:00
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1 EV 8X8	14:00 22:00 06:00
	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 5X5	10:00 22:00 06:00 10:00
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1 EV 5X5	
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2 EV 5X5	
09	CURATIVO	UN	1	

Conselho de Medicina  
Hospital Santa Julian  
CNPJ: 00.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 906 - Centro

Se tudo ok alto  
Amado.

15/12/18. Paciente em BEG.  
F.O Limpo. e exa. sem  
edema. Neurológico e perfunto OK.

Alta Médico com orientações.  
e retorno em 15 dias No HC

Pablo Moreira S.  
P.M. Consulta e Tratamento  
PRAC/2018/221

13/12/18 Paciente nuttero do G.C. em mesa upon procedimento cirúrgico, acordado, nervo  
cerado, supnico e apneico. Sob efeito anestésico. Portando AVP em M56 com H.V. em curso  
sem queixas no momento. Dadas as orientações de enfermagem P.A. 140x90 mmHg. FC 82 bpm. SPO<sub>2</sub> 95%. Tax: 34.6°C  
Eletrocardiograma  
CORENAC: 517085

14/12/18. Das 13:35 às 19:00 hrs. Evolui em repouso  
no leito apneico, supnico, normotônico, lucido, orientado, com  
comunicativo, respirando em ar ambiente. Portando AVP em  
M56 com H.V. em curso. Sintau dieta oferecida, diurese  
se presente, vacucações ausentes medicada c.p.m., signos  
sem queixas e aos cuidados da equipe de enfermagem + acompanhante. SSVU: PA: 120x80 mmHg, Tax: 34.3°C  
SPO<sub>2</sub>: 94%, FC: 92 bpm. Admilde dos Santos Fernandes  
Téc. Efermagem  
CORENAC: 969.283

14/12/18 - As 21:45h Sócio na farmácia (equipo m  
vergatas pl HV Mira Paixão da Silva  
Téc. Efermagem  
CORENAC: 589.067

4.12.18 das 19:00 às 20:00h paciente em repouso no leito lucido  
comunicativo apneico supnico não responde queixa medicodocim  
elita a dieta oferecida diurese presente vacucações ausentes  
Verifico de sinal vitalis segue aos cuidados da enfer  
magem. P.A 130+80 Tax 36.8 SPO<sub>2</sub> 97% FC 97 bpm A/H 145 E/H.  
Téc. Efermagem  
CORENAC: 704.057

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

15.12.18 - realização de exames no dia de hoje: TEC. Efermagem  
SPO<sub>2</sub> 95%. Supnico e apneico. vacucações ausentes  
+ 100 ml SFO 9% + 5 ml de alcogol 70%. TEC. Efermagem COREN-AC 1937026

Confere com o Original:  
Hospital Santa Luzia  
CNPJ: 01.329.431/0001-33  
Rua Almirante Barreto, 1052 - Centro

BC 2600713

700102967 222015



Paciente Flávia Siqueira de Oliveira

Registro 166393-2 Data: 14/02/18

Identificação - Hora	h	Confirmação - Hora	h	Registro - Hora	h
Paciente confirmou a identidade	<input checked="" type="checkbox"/>	Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções	<input checked="" type="checkbox"/>	Registro Completo do Procedimento Intra Operatório incluindo o procedimento executado	
Pulseira de identificação presente	<input checked="" type="checkbox"/>	Cirurgião, Anestesista e equipe de Enfermagem confirmaram verbalmente:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <i>Penélope</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente		Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados	
<input type="checkbox"/> Não. Motivo	<input checked="" type="checkbox"/> Procedimento	<input checked="" type="checkbox"/> Sítio Operatório		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Sítio Cirúrgico Demarcado?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:		Registro Completo de Enfermagem	
Presença de Prontuário Completo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Inexistente <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual?		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Consentimento Assinado?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo	Duração prevista da cirurgia _____		Venoclips e Soro Identificado	
Presença de Avaliação Pré Anestésica?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo	Previsão de Perda Sanguínea		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<i>Orto de gav. Sola</i>		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		Sonda Vesical fixada?	
De Anestesia completa testado e funcionante?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Revisão do Anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo		A contagem de compressas está correta	
Monitorização instalada e funcionante?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	As imagens essenciais estão disponíveis?		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A contagem de instrumental está correta	
Alergias conhecida?	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?	Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?		<input type="checkbox"/> Instrumental necessário presente		Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica	
Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Materiais especiais (próteses, órteses)		<input type="checkbox"/> Com lesão <input checked="" type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica	
<input type="checkbox"/> Sim. Equipamento / Assistência Disponível		<input type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização		Qual lesão? <i>precisão forense</i>	
Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/kg em crianças)?		<input type="checkbox"/> Presença de Indicadores de esterilização		Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?	
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Os equipamentos necessários presentes		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim a acesso venoso adequado.		<input type="checkbox"/> Alguma preocupação com equipamentos:		Observações	
Se sim, há reserva de hemocomponentes?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?			
<input type="checkbox"/> Freqüência de Próteses (dentária e outras)		A. Profilaxia antimicrobiana foi realizada?			
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica			
Observações		Observações		Observações	
<i>PA = 30 x 90 mmHg</i> <i>SpO2 = 96%</i> <i>FC = 73 bpm</i>					
Cirurgião:	Anestesista:	Responsável pelo preenchimento			
CRM:	CRM:	<i>Sara do Nascimento da Silva</i>		<i>Leissa de Lima</i>	
Auxiliar de cirurgia 1:	Enfermeira:	Assinatura			



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO  
CNPJ: 00.529.443/0003-38

Rua Alvorada, nº 808 - Bosque - Cep: 58.901-380 - Rio Branco - Acre  
Fone: (065) 3212-4700 / Fax: 3234-9129  
www.hsj.org.br

## SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

Nº PRONTUÁRIO

DATA	NOME								Agente	Com.							
20/02/18	Carlos Simão de Oliveira																
IDADE	48	SEXO	M	COR	Pardo	ALTURA	-	PESO	105kg	GRUPO SANG.	-	PULSO	90mm	TEMP	-	RESP	Nasal
HORA	1000 1200 1400																
GASES	O <sub>2</sub>	60mm															
ECG																	
SAO (%)	97	100	105	100	100	100	100										
CO <sub>2</sub> exp																	
Líquidos																	
CÓDIGO P. Anest. O. P. Pulse O. Respira. P. Anest. X Anestesia O. Operação.																	
Ventilação	Espontânea								X								
	Assistida								X								
	Controlada																
Monitorado	SIM	NAO	Anelador de gases				SIM	NAO	OUTROS:								
Cardioscópio	(X)	( )	T.O. F				( )	( )									
Oxímetro	(X)	( )	Estetoscópio				( )	( )									
Pani	(X)	( )	P.A. I.				( )	( )									
Capnógrafo	( )	(X)															
TÉCNICA	Retro + sedação																
CIRURGIA	col. artéria 20 → TPO lúgico								CÓDIGOS:								
CIRURGIÕES	Retro +																
RAQUIANESTESIA:	N/A								OUTROS:								
Blóqueios	X - monitorização + revisão de venóscisa, venóscisa 1 - antisépsia + anestesia; 2 - punção subaracnóidea □ mediana □ paramediana em _____ com agulha ____ G Quíptice, descartável, saída de líquor □ claro □ turvo aparentemente □ hipotensão □ hipertensão, □ ausência □ presença de paraparesia, □ tentativa + injeção de ____ mg de bupivacaína; □ Hipertônica 0,5% □ Isotônica 0,5% + morfina ____ mg. 3 - Cefazolina 2g IV; □ Diprone 2g IV; □ Tenoxicam 40mg IV; □ Dandansetron 4 mg IV; □ Oxitocina 20 UI no soro; □ Dexametasona 10 mg IV, outros:								1. monitorizar 2. venóscisa 3. medicação 3mg + ceto 1500g 4. nitro. pílula nasal 40ml + resfriado 2000g + ipr + re 5. nitro. pílula nasal 40ml + resfriado 2000g + ipr + re 6. nitro. pílula nasal 40ml + resfriado 2000g + ipr + re 7. nitro. pílula 300g								
Anestesia	5. nitro. 40mg 6. nitro. 10mg + resfriado 2000g 7. nitro. 300g								BACELAR Conteúdo: _____ Morte: _____ ENPAI: _____ Riscos: _____								

BE:  
DATA: 11

NOME: Carlos Simeone de Souza  
IDADE: 46

CLÍNICA GROWTH: 8.111  
REGISTRO: DATA: 11 / HORA:

LEITO:  
166743

HORA:  
10:56

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO: <i>Fratura</i>	1 - DIETA ZERO A PARTIR 00:00H 2 - SRL 500 ML 12/12 IV 3 - TRAMAL 100 mg + 100 ml 5% 0.9% (8/8H) SN EV 4 - DIPRONA 2ML + 8 ML AD IV 6/6H 5 - PLASIL 10 mg + AD 2ML IM 8/8H SN 6 - CAPTOPRIL 25 MG VO SE PA ≥ 140X90 SN 7 - SINAIS VITais 6/6H	16/12/10 16/12/10	16/12/10 06:00 16/12/10 06:00 16/12/10 06:00 16/12/10 06:00 16/12/10 06:00 16/12/10 06:00 16/12/10 06:00
DATA DA CIRURGIA: <i>16/12/10</i>			
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>13/12/10</i>	DR. Italo Matos Vieira CRM/RO 1500	16/12/10 16/12/10	16/12/10 06:00 16/12/10 06:00
MÉDICO RESPONSÁVEL: <i>Francisco HSJ</i>			
HOSPITAL PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA: <i>Hospital de Caridade</i>			
INSUMOS: <i>Placa + FPR</i>	Conforme Descreto - Estimativa Sobre o Início - Estimativa Sobre o Fim - Fuso horário: 06:00 + 6H		



PRONTUÁRIO: 166393 - 2

PACIENTE: CARLOS SIMÃO 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 \_\_\_\_\_  TOT Nº \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM  NÃO

AUSCULTA PULMONAR: \_\_\_\_\_

RÁO VENTILATÓRIO:  EUPNEIA  TAQUIPNEIA  DISPNEIA  BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> COOPERANTE	<input type="checkbox"/> T <sup>1</sup> N <sup>1</sup> NÃO COOPERANTE
---	---

**CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA:**

01 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> TÉCNICAS DESOBSTRUTIVAS	21 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> CRIPTERAPIA
04 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ELETROTERAPIA
05 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS?
07 <input checked="" type="checkbox"/> N <sup>0</sup> CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> MANOBRAS DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 <input checked="" type="checkbox"/> N <sup>0</sup> CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> MANOBRAS DE BAG SQUEEZING
10 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> DRENAGEM AUTOGENICA (DA)
11 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ALONGAMENTO GLOBAL	30 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ORTOSTATISMO	31 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> HUFF
13 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> TREINO DE MACHA	32 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> SENTADO(A) NA POLTRONA	33 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> MANOBRAS DE PEEP/ZEPP
16 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL?	35 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> PEAK FLOW
17 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> DEAMBULAÇÃO	36 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> THRESHOLD
18 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> SEDESTAÇÃO	37 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 <input type="checkbox"/> T <sup>0</sup> N <sup>0</sup> ALONGAMENTO GLOBAL

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

*Dr. Neli Vargas  
Especializada  
CRM-RN 1237898-F  
15/12/18  
Raquel Soeza  
14/12/18*

*Assinatura: Dr. Neli Vargas  
Hospital Santa Juliana  
NAP: 00.529.443/0003-36  
CRM: 1237898-F*



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

- PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA Outradas LEITO N° 115 A CLÍNICA Cardsolog  
ACIENTE: Carlos Simão de Souza  
MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO  
ptite 200g, vitína de  
pratico de transi evolução  
em fatur de posio abdominal  
e sº metastase. plejo dores  
no abdome. Ss1 abdominal  
cardiologico e visco-clínico

DR. Ilado  
CRM 01007  
Caracter: ap

NOME DO SOLICITANTE

DATA 15/10/10 HORA 14:00

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Centro de  
Hospital de  
CNPJ 01.579.631/0001-82  
NOTA FISCAL N° 001 - F-001

NOME DO MÉDICO ..... DATA ..... / ..... HORA .....

em 18/12/18  
em 2018

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Conrado Simão de Oliveira

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr. Fábio Kishimoto

DT: 06/12/18 DC: 14/12/18

DIAGNÓSTICO: Fratura da rodela  
distal fêmur

CONDUTA: Internação com  
fixação com T + FK 1,5mm +  
trípode

CUIDADOS GERAIS:

- COMPARÉCER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM  
RXs EM MÃOS
- FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- USAR TALA  USAR GESSO  USAR TIPOIA
- NÃO PISAR
- FAZER USO DAS MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO
- MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:
- RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA
- Voltar dia 20/12/18

AGENDAMENTO:

- PS - REGULAÇÃO DE LEITOS  FUNDHACRE

Rio Branco-AC, 15/12/18

Páblo Marquinho G. Jr.  
Residente de Traumatologia  
CRMAC 227

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
MINISTÉRIO DAS CIDADES		EXERCÍCIO:	
VIA	ODI NEHAWAN	PLACA	2018
01	0050044831	DATA	
CARLOS BIMAC DE OLIVEIRA		NOME	
		AC	
CPF/CNPJ	674.680.472-00	PLACA	WTT4359
PLACAS ANT.	AKT4357	DATA	2013/09/09
TIPO DE VEICULO	APENAS	COMBUSTÍVEL	GASOLINA
PAS./MOTOCICLO/VEIC. APTICO		ANO MOD.	2013
MARCA / MODELO	YAMAHA / FATOR	ANO FAB.	2012
CAP / POF / CL	ED	CATEGORIA	PLACA
29/0124CC/		COR PREDOMINANTE	AZUL
CONTAÚNA	VEND. COTA UNICA	VEND. COTAS	
PAGÁV.	✓	1º VEND. COTA UNICA	✓
FAZER PAGÁ COTA	✓	2º VEND. COTA UNICA	✓
A	✓	3º VEND. COTA UNICA	✓
PRAZO TAREFA (MESES)	10 (dez)	PREÇO TOTAL (R\$)	R\$ 185,30
		DATA DE PAGAMENTO	
		31/08/2018	
AL. FID. YAMAHA		NOME DE CONSTRUTTO LTDAD. R	
ENT. TRIBUTÁRIOS		S	
RIO BRANCO - AC		DATA	
		05/09/2018	







Para contato e outras informações, entre em contato com o seu Agente de Atendimento ou  
0800 666 4545. Seu código é 0186821-7.

SEU CÓDIGO

0186821-7

Companhia Federal de Eletricidade S.A. (Eletrobras)  
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro - Rio Branco - AC  
CEP 69.901-000 - Fone: (65) 3222-1000  
www.eletrobras.com.br

Nº do seu Fone: 0800 666 4545

0800 666 4545 é o número para atendimento ao cliente.

CONTROLE | VENCIMENTO | CONSUMO | TOTAL A DEVIDAR

DEZEMBRO/2018 12/12/2018 74 42,37

ZELIA SINAO  
R. CEREJEIRA 150 CHICO HENDES  
CPF: 00099457717287  
CEP: 69.901-657 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.21.002850

Consumo	13874	Último	06/12/2018
Último	13000	Anterior	05/11/2018
Consumo Mínimo	1.000	Próximo	04/01/2019
Consumo Máximo	74	Entrega	04/12/2018
Consumo Total	74	Extrato	06/12/2018

Forma de Pagamento: NORMAL | Código de Autenticação: 31 | Código de Verificação: 00000000000000000000000000000000

RESIDENCIAL MONO 7087207 1.1.1.1 88

RESIDENCIAL		MONO	7087207	1.1.1.1	88
RESUMO DE CONSUMO					
NOV/18	88	CONSUMO	74 A R\$ 0,532808 =	39,42	
OUT/18	84	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		1,91	
SET/18	53	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00		0,02	
AGO/18	59	MULTA POR ATRASO 11/18-00		1,91	
JUL/18	27	JUROS DE HORA DE IMPO 11/18-00		0,01	
JUN/18	133	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,61		
MAI/18	86				
ABR/18	90				
MAR/18	99				
FEV/18	113				
Total S.D. TRIBUTO:					
			74 - 0,532808		

RESUMO DE CONSUMO E AVALIAÇÃO MENSAL

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

RESERVADO AO FISCO 1195 5C9E 6344 9410 21BC 446C 597F 700A

COMPETÊNCIA 01/12/2018 - 31/12/2018 | PERÍODO 01/12/2018 - 31/12/2018

Consumo	38,35	Resumo Faturado	
Imposto	0,00	Imposto F.M.	
Correção	0,00	Correção M.M.	
Financeiro	0,00	Financeiro M.M.	
Outros	1,07	Outros M.M.	
		0,19	
		0,88	

	ME	ME	ME	ME	ME
Horas	12,27	12,54	25,08	3,92	7,85
Minutos	1,96		2,00		1,27

	ME	ME	ME	ME	ME
Horas	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85
Minutos	1,96		2,00		1,27
Total				10/2018	26,87

SAO FRANCISCO



## Declaração de Acidente de Trânsito N° 546 / 2018

COMUNICAMOS A V. S<sup>RA</sup> 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	
ENDEREÇO: 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	
ENDEREÇO: 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.

*Carlos Simão de Oliveira*

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
OPM: BPTRAN	
ASSINATURA: <i>Dorival Pereira de Oliveira</i>	

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 Envio: 24/12/2018 Hora envio: 08:54 Operador:
Nº da Ocorrência 1812000023	Qty Vítimas 1	Dt/Hr. Vítima: 08/12/2018 07:42 Dt/Hr. Envio: 08/12/2018 08:05	Classificação da Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Cem: CAUSAS EXTERNAS Motivo Cem: COLISÃO ANIMAL X MOTO	

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Bairro: RIO BRANCO

End. R PRINCIPAL:

Bairro: CONJUNTO RUI LINO

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: AO LADO DO BOMBEIROS E O MERCADO RUI LINO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Soltidente: (68) 999529696

Quinta: QUBDA

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

## VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: CARLOS SINAS DE OLIVEIRA	Idade: 46 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNE	Documento:
	Endereço:		

## AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:17
Anotação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRAÇO DIREITO EDEMA LOCAL COM POSSIVEL FRAQUEZA DE RÁO DISTAL E ESCORRÊDOES BILATERAL. SEM EXPOSICAO OSSSEA. NEGA OUTRAS DOLORRAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. PA1248 F062 EPG2 88%		
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43
Anotação: SOLICITANTE. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EFERVACO DIREITO EDEMA LOCAL. SEM EXPOSICAO OSSSEA. NEGA OUTRAS DOLORRAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.		

## AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

## DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: Observação:	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: ENVIO DE VÉIOLDO	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Descrição: Observação:	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F

## CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

REG 1	INICIO UEB 05 RBC	Data/Hora Envio Eclipse: 08/12/2018 08:07:55
	DR/Hr. Saida Base: 08/12/2018 08:55	DR/Hr. Chegada Local: 08/12/2018 08:58:00
	DR/Hr. Saida Local: 08/12/2018 08:58:10	DR/Hr. Chegada Destino: 08/12/2018 08:27
	DR/Hr. Saida Destino: 08/12/2018 08:26	DR/Hr. Chegada Final: 08/12/2018 09:03

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45	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 DE LIMA	08/12/2018 08:57	JANINE DA SILVA LIMA DE LIMA	EM FILA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: <b>674 680 472 - 00</b>	Nome completo da vítima: <b>Carlos Simão de Oliveira</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: <b>Carlos Simão de Oliveira</b>		CPF: <b>674 680 472 - 00</b>		
Profissão: <b>Autônomo</b>	Endereço: <b>Rua Cenoura</b>	Número: <b>150</b>	Complemento: <b>casa</b>	
Bairro: <b>Chico Mendes</b>	Cidade: <b>Rio Branco</b>	Estado: <b>Acre</b>	CEP: <b>69 902 - 657</b>	
E-mail:	Tel.(DDD): <b>(68) 94922-5105</b>			

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00  | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 DPOÇÃO DE CONTA**

CONTA POUPANÇA (Sómente 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: **33 20**

CONTA: **36 551**

(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)

**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):**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 discordar do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

**Estou ciente** de que a Seguradora 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: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**X Carlos Simão de Oliveira**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

