



**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 3ª 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.ª, 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 inexistente 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 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 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:** 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 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

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

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:** ciruurgico 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

**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.**

Diagnostico: 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: 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

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

Exame fisico; MSD: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.

**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 fisico 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 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 CEREJEIRA 00150  
Bairro...: PLACAS Cep.: 99999-999  
Telefone...: 000000092810254  
Município...: 1200401 - - AC  
Nacionalidade...: BRASILEIRO  
Naturalidade...: ACRE

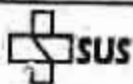
DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do RE: 2600713  
Clínica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "E"  
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 / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME 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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mãe

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ataque agudo e intenso com início súbito e progressivo, com perda de consciência e vômitos.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Angiografia coronária - Patológica

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

29 - Nº 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)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CHOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CDD, IBGE EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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.: 99225103  
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[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM. COMPL. [ ] RAO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA [ ]

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/1

Perda vislho de urina urina e coque  
refere dor na abdome D.

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

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

DIAGNOSTICO:

fratura estabida

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA 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

Dr. Raimundo de Almeida

Raimundo de Almeida  
Medico  
CRM 836 - AC

HUERB  
Regulador Clínico  
Farmacológico

ALERGIAS MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER

CLÍNICO  
ODONTO  
PED

CLASSIFICAÇÃO

General

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARAMETROS		Pulso: 72 bpm	
PA: 158 X 143 mmHg		Temp.: °C	
Sat. O2: 99 %		Glicemia: mg/dL	
ESCALA DE DOR		Glasgow: Alterado ( )	
1-10 11-9 12 13-6 14 15-0		Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR:	
		( ) DESISTÊNCIA	
		( ) EVASÃO	
		Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO		HORÁRIO:	

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administração 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 ( ) Jelco nº: \_\_\_\_\_ ( ) Sonda nº: \_\_\_\_\_
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_
- ☐ NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As \_\_\_\_\_ horas, admitido neste setor procedente do \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE

UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE

UNIDADE DE SAÚDE DO ACRE

REGISTRO ☐ PACIENTE ☐ Melhor Simão de Oliveira IDADE ☐ 45 CLÍNICA ☐ CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO ☐ 0027

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>MECANISMO DE TRAUMA: <u>Acidente de trânsito</u></p> <p>DATA DO TRAUMA: <u>08/12/13</u></p> <p>RADIOGRAFIAS: <u>sem</u></p> <p>EXAME FÍSICO: <u>sem</u></p> <p>DIAGNÓSTICO: <u>Fratura de fêmur</u></p> <p>CONDIÇÃO NA EMERGÊNCIA: <u>estável</u></p>	<p>1. DIETA VIA ORAL LIVRE</p> <p>2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H</p> <p>3. DILPIRONA 1G IV 6/6 H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 H S/N</p> <p>5. PLASIL 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H</p> <p><u>Dr. Ronaldo T. Carvalho</u> CRM 1597 Ortopedia e Traumatologia</p>	<p><u>18:30h</u></p>	<p><u>18:30h</u> Paciente está estável na C.C. B. Apresenta dor leve no local da lesão. Não há sinais de infecção. Tratamento com analgésicos.</p>

SAÚDE / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

Unidade e impresso emit. em 12/2010 às 08:46:33

HUEBB  
Secretaria de Saúde  
Assessoria de Saúde

REGISTRO PACIENTE

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

IDADE

48

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

77 10

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIOT: 05/12/2010

FRATURA DE RADIO DISTAL  
ARTICULAR  
ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE  
DIREITO  
EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM FUNHO  
ESQUERDO  
PULSO E NEUROLÓGICO  
PRESERVADOS

SOLICITO PRECIRURGICOS

VISITADOR DR RONEGO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS

3. DIFERONIA 1GR EV DILUIDO 8/5/H

4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90

5ml

500

16 22 04

16 04

06

Rotina

Rotina

16

Dr. Flávio Henrique  
Ferreira  
CRM 1375

SAME / HUEBB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

Unidade e endereço dos serviços de saúde

HÓLTER  
Módulo de Saúde

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

48

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M05

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA: 06/12/2018

FRATURA DE RADIO DISTAL  
ARTICULAR  
ESQUERDO

FRATURA DE 5 METATARSO PE  
DIREITO  
EM TRATAMENTO CONSERVADOR

PACIENTE REFERE DOR EM FUNDO  
ESQUERDO E NEUROLÓGICO  
PRESERVADOS

SOLICITO PRECURIÓDICOS

VISITADOR: DR. ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS

3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS

6. DNEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90

SND

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SCC

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

8:00h 17:00h paciente  
tenuar brando de aser  
doe fracoado deves de  
uacao + uacao, qui  
brilho, resaca, diela  
afecada, fraco, fi  
niologica, fraco, fi  
te: fraco, fi



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

Unidade e impressos em 12/12/2010 às 10:20:01

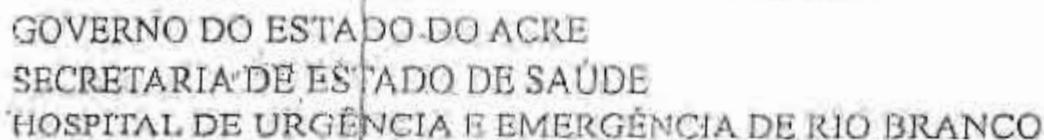
HUEB

REGISTRO: PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA  
IDADE: 48  
CLÍNICA: CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B  
LEITO: 1122

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DVDI: 08/12/2018 FRATURA DE RADIO CISTAL ARTICULAR ESQUERDO FRATURA DE 5 METATARSO PE DIREITO EM TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE REFERE DOR EM FUNDO ESQUERDO PULSO E NEUROLÓGICO PRESERVADOS SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS 3. DIFERON 1GR EV DILUIDO 5/6H 4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS 6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90	5ND 360 18 16 22 04 18 04 06 ROTINA ROTINA ROTINA	- 07:00 - por. 1122 sup. atual renal medico, Sinais vitais, neurologico de ativo mede apm. per. 1122 - resum: 1180 - SIV Os 18:05h Paciente vital alta por putar com esta- mela + orientar - 1122 Larissa Mendonça Dantas Enfermeira CORENAC 359-8 Especialista em Psiquiatria Saúde Mental

alta  
com  
11/12  
Francis  
14/12

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



CLINICA *Interno* LEITO Nº *15* A CLINICA *Cardiologia*

IENTE: Carlos Simón de Arrese

OTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO: 1-

present living children of  
 present & future evolution  
 can future be made of  
 & so history. life does  
 use of history. Self history  
 cordless & psychoanalysis

DR. Italo Maria  
 M. Onopella Tra  
 mal AC

NOME DO SOLICITANTE: DATA: 15/10/2018 HORA: 15:10

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUEB  
 COPIA  
 CONFORME ORIGINAL

DR. Iralo Nais Vieira  
PRM Onopoda Traumatologia  
CRM/AC 1300

OME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Costas Simões de Oliveira  
430mcs CCG Nova 10

$\frac{10}{18}$

46:40h.

1 Q13 F11-11 25

Q13

Q1

Q1

Q1

1

Q1

Q1

Q1

Q1

1

Q1

Q1

Q1

Q1

1

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

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.

  
DR. WELBER DE LIMA E SILVA  
Cardiologia e Clínica Geral  
CRM/AC: 1492  
CARDIOLOGIA  
CRM/AC: 1492

RIO BRANCO/AC, 08 DE DEZEMBRO DE 2018

HUEB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. MACOES UNIDAS, 700, - BOROQUE - RIO BRANCO - CEP: 69900-620 - 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.P.*  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	5,32	mm3	VR: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina	13,50	g/dL	VR: 11 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematocrito	41,00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM	77,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM	25,86	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	32,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

### LEUCOGRAMA

Leucometria Global	5.800	/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	%	
Bastões	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: 2 a 8 %
Valor Absoluto	475	mm3	
Blastos	3	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	3	mm3	
Observacao			

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo  
Biomedico  
CRBM 2566

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

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

## COAGULOGRAMA

### Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	1 minuto	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	6 minutos	VR: 2 - 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 17:55-18. Via Impressa: 11/12/18

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

ID paciente:

ID amost:

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:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Francisco A. M. *[Assinatura]*  
Biotécnico  
4º ano



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIocese DE RIO BRANCO

CNPJ 00.529.443/0003-25

Rua Alvorada, nº 805 - Bonfim - 69.901-320 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

www.hs.org.br

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

Pelo presente termo de esclarecimento, ciência e consentimento informado  
Eu Carlos Junior de Almeida  
identidade paciente, responsável, deixo para que produza  
legais efeitos que:

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

Fígado, vesícula, estômago

2) Da mesma forma, recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, sendo informado (a) também sobre os riscos 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 físico

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

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

Infecção  
Febre de malária  
Sendo Acto

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:

*Transtorno de pânico (ES.D)*

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

SAME / HUEB  
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico:

*AR: distensão de pâncreas (ES.D)*

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

*Síndrome do Pânico Ativa recorrente*

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 CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA 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. REG. 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 A 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/REOPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



**HOSPITAL SANTA JULIANA**  
Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

**CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36**

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: [hsj@hsj.org.br](mailto:hsj@hsj.org.br)



## 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: **700102967222015**

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**

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

*14/12/2018  
trat. cir. frnt. de  
radio distal  
Cm*

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*  
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 nosocômio.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

*Jassizete Conceicao de Paiva*  
JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

*Assinatura*  
entrega com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ 00.529.443/0003-36  
Rua Alvorada 506 - Rio Branco

## RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

Às 18:10h, Paciente admitido no setor da Clínica Cirúrgica procedente de sua residência para procedimento cirúrgico, nos cuidados do Dr. Francis, diambulando, normocorado, eufórico e afável. Não utiliza medicação e diabetes crônicas. Dados as orientações de enfermagem em pré-operatório. Acompanhado ao leito, acompanhado de familiar. PA: 110 x 60 mmHg; SPO<sub>2</sub>: 98%; FC: 87 bpm; Tax 36,9°C


João Carlos da Silva Lima  
Enfermeiro  
CORENAC: 517085

11/12/18 Às 07:45 paciente deu entrada na sala de pré-operatório para submeter-se ao procedimento cirúrgico. Veio deambulando, eufórico, afável, nos cuidados comunicativos. Portando A.V.P em MSE, com bom fluxo venozoso do com oxímeter de pulso com SPO<sub>2</sub> 96%. FC 73 bpm. PA 130 x 90 mmHg. T.E. Audição inspeção como com fe 32,9°C

14/12/18. Às 11:20h paciente deu entrada em SO para submeter-se ao procedimento cirúrgico de tratamento de fratura Radio Ulnar direito, nos cuidados do Dr. Francis, auxiliares Dr. Felipe e Dr. Robinson. Veio deambulando, eufórico, normocorado, normocorado. Portando A.V.P em MSE com bom fluxo. Às 11:25h submetido à anestesia para procedimento cirúrgico. Às 11:40h início do procedimento cirúrgico. Às 12:15h término do procedimento cirúrgico. PA 165 x 99 mmHg, SPO<sub>2</sub> 100%. FC 87 bpm. segue prontuário + anexos. Paciente encaminhado para SARA às 12:30h.

João Carlos da Silva Lima  
Enfermeiro  
CORENAC: 001.142.305

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ nº 02.544.300/03 - 36  
Rua Ladeira nº 805 - Baurer

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018
			Página: 1 de 2

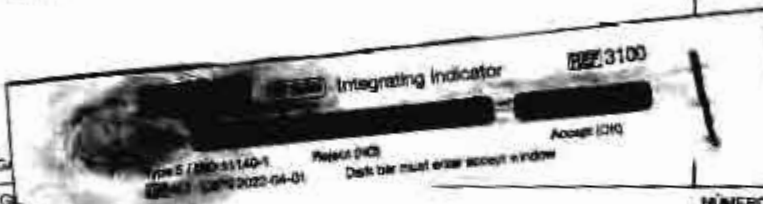

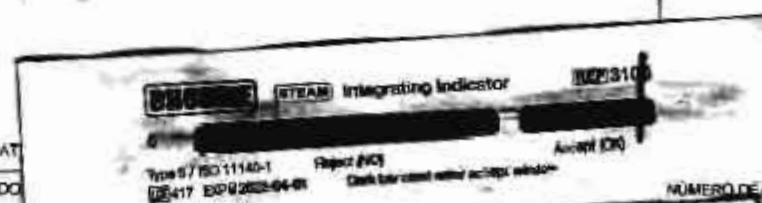
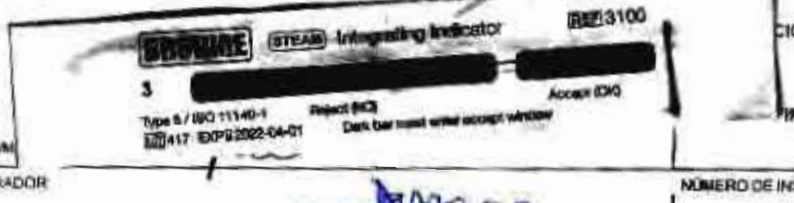
### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Carlos Simão de Oliveira	27/05/70	48	M
NOME DA MÃE	DEPARTAMENTO	CONVÊNIO	
Zelia Teotônio Simão	1056	SUS	

### EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR
T.C. F. rat. Radio distal D.	Alex
CIRURGIÃO	PERFUSIONISTA
Francis	
1º AUXILIAR	ENFERMEIRO
Robson / Felipe	Jeane / Fernanda
ANESTESISTA	CIRCULANTE
Arleson	Talima
DATA	SALA
14/12/18	05

### INSPEÇÃO DO MATERIAL (POMPA, INSTRUMENTOS, ETC.)

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
<b>131218 01</b> Data de Produção: 1301.19 Data de Validade: 03 No. de Operação: 12		INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>121218 02</b> Data de Produção: 1201.19 Data de Validade: 04 No. de Operação: 21		INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>131218 01</b> Data de Produção: 1301.19 Data de Validade: 03 No. de Operação: 12		INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>131218 02</b> Data de Produção: 1301.19 Data de Validade: 05 No. de Operação: 12		INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>
<b>ETIQUETA</b> <b>131218 02</b> Data de Produção: 1301.19 Data de Validade: 05 No. de Operação: 12	CARGA MATERIAL INTEGRADOR CARGA MATERIAL	INÍCIO <input type="checkbox"/> FIM <input type="checkbox"/>



FORMULÁRIO  
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HF1-1047

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 2 de 2

ETIQUETA  
111210 09  
Data de Produção  
Data de Validade  
11.01.19  
No. de Controle  
06

INTEGRADOR

HSJ-CONTROLE DE MONTAGEM  
MAT. CONSIGNADOS

Data 11/12/18

Nome da caixa Cx. MAB D. Francis

Resp. pela montagem OSSEA

Nome da Empresa Total Implantes

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATER

INTEGRADOR

ETIQUETA

CARGA/MATERIAL

ling Indicator 88253100

Accept (OK)

must enter accept window

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

Conferir com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0001-26  
Rua Alvorada nº 806 - Bonfim



# 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: <u>Carlos Soares</u>		PRONTUÁRIO: <u>166393</u>	
IDADE: <u>48A</u>	SEXO: <u>M</u>	PESO:	DATA: <u>14/10/10</u>
AGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Revisão de</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>Ortossintese do m.T. + Fio de</u> <u>Kirschman Lsm + Tolo Gm</u>	
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 <u>Miúdo Ponto</u>		ANESTESISTA <u>Alvion</u>	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: <u>João</u>			
1º AUXILIAR: <u>Robson</u>			
2º AUXILIAR: <u>Alvion</u>			
ANESTESISTA: <u>Alvion</u>			
CIRCULANTE:			
Hora Início: _____		Horá Término: _____ Duração: _____	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)			
<div style="text-align: right;"> Confirmação do Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque</div>			

**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 + 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 RADIOSCÓPICO + 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"/> Xilocaína gel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína 0,5% s/v _____ | <input type="checkbox"/> Ropivacaína 200mg _____    | <input type="checkbox"/> Xilocaína s/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% Inj _____      | <input type="checkbox"/> SF 500 ml _____            | <input type="checkbox"/> Xilocaína c/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml _____      | <input type="checkbox"/> Ioversol _____             | <input type="checkbox"/> Outros: _____       |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 06.928.443/0001-31  
Rua Almeida 173 - São Paulo

Felipe Henrique de A. Costa  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 1106

CIRURGIÃO - CRM-AC

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: *Carla Simão de Oliveira*  
Nº Apt.: *105C*  
Data: *14/12/14*  
Cirurgia: *TC. Frat. Rádio Digital D.*  
Início: *11:40*  
Término: *12:15*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr. Francis*  
Enfermeiro (a): *Fernanda*  
Anestesista: *Dr. Wilson*  
Tipo de Anestesia: *Pesco*

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

**Total**

\* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

\* Horário de liberação.

\* Assinatura do Enfermeiro

*Fernanda*

\* Assinatura do Médico Anestesiologista:

*Wilson*  
1345

Relatório de Enfermagem da RPA  
(Recuperação Pós Anestésico)

14/12/18 Às 12:35hs paciente deu entrada na SAPA após procedimento cirúrgico, normocardia, normocorada, normotensa, comunicativa, portadora de AUP em MGE com HU em curso e com fluxo, monitorizada por oximetria de pulso SPO<sub>2</sub> 96%, FC 9 bpm, PA 156x103 mmHg. Às 12:56hs paciente permanece na RPA com SPO<sub>2</sub> 95%, FC 77 bpm, PA 145x97 mmHg. Às 12:55hs paciente estável sem queixas recel-seu alta da RPA pelo Dr. Silveira, encaminhando paciente em maca ao leito.

Luiz Augusto da Silva  
Téc. de Enfermagem  
CORP 114908

Conferir com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 09.529.443/0003 - 36  
Rua Alva 223 - 925 - São Paulo



# HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag 1

ACIÉNT: 166393 - 2

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

LEITO: 105 C

ATA: 14/12/2018

HORA: 12:28

NRO PRESCRIÇÃO: 235004

NRO REQ. FARM: 1359510

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

Confere-se com o Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 06.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 906 - Ervânia

Se tudo OK alto  
Amado.

Paulo Marcelo de Souza  
Pneumologista e Toxicologista  
CRM: 11.111-1

## EVOLUÇÃO

15/12/18 - Paciente em BEG.  
F.O Limpo. e xco. sem  
vermes. Neurológico e perfusão OK.

Alta Médico com Orientações  
e Retorno em 15 dias No HC

Paulo Marcelo de Souza  
Pneumologista e Toxicologista  
CRM: 11.111-1

Às 13:15h Paciente retorna ao CC em mau humor pouco consciente, acordado, termo  
cerado, eupneico e afável. Sob dieta restrita. Portando AUP em MSE com H.V. em curso  
sem queixas no momento. Todas as orientações de enfermagem são lidas em repouso no  
leito acompanhado de familiares. PA: 40 x 90 mmHg, FC: 82 bpm, SPO<sub>2</sub>: 95%, Tax: 34,6°C  
José Carlos da Silva Lima  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 517065

14/12/18. Das 13:15 às 19:00hs - Evolui em repouso  
no leito afável, eupneico, normotenso, lívido, orientado, com  
necativo, respirando em ar ambiente. Portando AUP em  
MSE com H.V. em curso. Dieta oferecida, diurese  
se presente, evacuação ausente, medicada c.p.m., sem  
sem queixas e aos cuidados da equipe de enfer  
magem + acompanhante. SSVU: PA: 120 x 80 mmHg, Tax: 34,3°C  
SPO<sub>2</sub>: 94%, FC: 92 bpm  
Adenilde dos Santos Fernandes  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 949.283

14/12/18 - Às 21:45h Solicito na farmácia 1 equipe m  
repositores pl HV  
Mira Paiva da Silva  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 586.067

4.12.18 às 19:00 as 07:00h paciente em repouso no leito lívido  
comunicativo afável eupneico não refere queixa medicada c.p.m.  
reita a dieta oferecida diurese presente evacuação ausente  
Verifico os sinais vitais e queixas aos cuidados da enfer  
magem. P.A 130 x 80 Tax 36,8 SPO<sub>2</sub> 97% FC 97 bpm AUP MSE HV  
José Carlos da Silva Lima  
Téc. Enfermagem  
CORENAC: 517065

15/12/18 às 10:00 Paciente recebe alta hospitalar com  
Orientado, comunicativo, em cadeira de rodas,  
entregue exames, recitativos médicos e orientações  
da enfermagem

15.12.18 - Realiza curativo na região de no do abdômen  
3.9, curativo compreende: urato 1 unid 7.5 + 1 aloderm 4 + 3 pc de por  
+ 100 ml SFO, 9% + S ml de álcool 70%. TEC. Jehmatom COREN-AC 19370262

Confere com o Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 08.529.430/0001-33  
Rua Almeida 111 - São Paulo

RG 2600713

700102967 222015

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Rev 99225105

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

Carlos Santos de Jesus

4 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - NOME DA MÃE

6 - NOME DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - SEXO

10 - RACÃO

11 - DATA DE NASCIMENTO

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - CDD

16 - CDD

17 - CDD

18 - CDD

19 - CDD

20 - CDD

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Insuficiência cardíaca

Material Placa + PR

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca progressiva em fase avançada no HST. Requer internação 13/11/10

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

PR Insuficiência cardíaca

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Estenose

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - DOCUMENTO

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 32 - ACIDENTE DE TRÁFICO
- 33 - ACIDENTE TRABALHISTICO TÍPICO
- 34 - ACIDENTE TRABALHISTICO TRAJETO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO DOCUMENTO

38 - CNPJ DA EMPRESA

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

40 - EMPREGADO

41 - EMPREGADOR

42 - AUTOPROTEÇÃO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD CREAÇÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura  
Assinatura do Médico  
CNPJ: 00.529.443/0001-30  
Especialidade: N° 306 - Fisiologia

Paciente: Carlos Simão de Oliveira

Registro: 166393-2 Data: 14/02/18

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>Remoção</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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento Assinado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo _____</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cirurgião, Anestesiologista 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 Anestesiologista, 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>A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</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>Verificação 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>incisão cirúrgica</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>Observações</p>
<p>Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Equipamento / Assistência Disponível</p> <p>Risco de Perda Sanguínea &gt; 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>Presença de Próteses (dentária e outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Observações</p> <p>PA = 130x90 mmHg</p> <p>SpO2 = 96%</p> <p>FC = 73 bpm</p>	<p>Observações</p> <p><i>Assinatura</i></p> <p>Confirmação com Assinatura</p> <p>Assinatura do Anestesiologista</p> <p>Assinatura do Cirurgião</p>
<p>Cirurgião:</p>	<p>Anestesiologista:</p>	<p>Responsável pelo preenchimento</p> <p><u>Sara do Nascimento da Silva</u></p> <p>Registro: <u>166393-2</u></p>
<p>CRM:</p>	<p>CRM:</p>	<p>Assinatura</p>
<p>Auxiliar de cirurgia 1</p>	<p>Enfermeira</p>	<p>Assinatura</p>



# HOSPITAL SANTA JULIANA

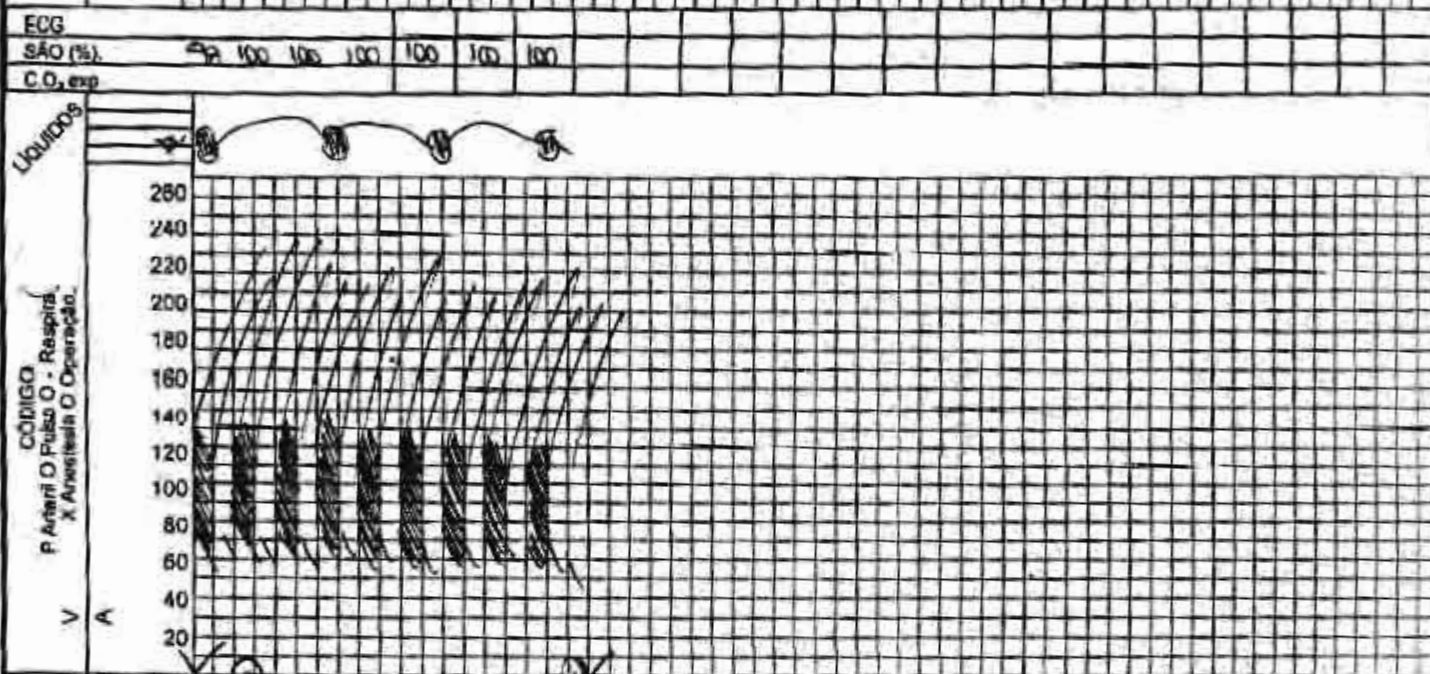
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO  
CNPJ: 00.529.443/0003-06  
Rua Afonhada, nº 806 - Bosque - Cep: 58.901-380 - Rio Branco - Acre  
Fone: (68) 3212-4700 / Fax: 3234-9129  
www.hsj.org.br

## SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

Nº PRONTUÁRIO

DATA: 26/12/19 NOME: Carlos Simão de Oliveira  
IDADE: 48 SEXO: MASC GOR: pto ALTURA: - PESO: 105g GRUPO SANG: - PA: 160x90mm PULSO: 90w TEMP: - RESPIR: Normal

HORA: 1100 1200 1300 1400  
GASES: O2 60%  
ECG: SAO (%): 92 100 100 100 100 100 100 C.O. exp:



Ventilação: Espontânea X Assistida X Controlada X

Vitoscopia: Cardioscópio SIM NAO Analizador de gases SIM NAO OUTROS: Oxímetro (Y) ( ) T. O. F. ( ) (Y) Pali (Y) ( ) Estetoscópio ( ) (Y) Capnógrafo ( ) (X) P. A. I. ( ) (X)

TÉCNICA: disco + selado

CIRURGIA: Col. Antebraço @ - 1ro úngue CODIGOS:

CIRURGIÕES: Carlos +

RAQUIANESTESIA: NAO OUTROS:

Bloqueios: X - monitorização + ☐ revisão de venoclise venoclise  
1 - antisepsia + anestesia  
2 - punção subaracnóidea ☐ mediana ☐ paramediana em agulha G Quincke, descartável, saída de líquido claro ☐ turvo, aparentemente ☐ normotensa ☐ hipotensa ☐ hipertensa, ☐ ausência ☐ presença de paresia, tentativa + injeção de mg de bupivacaína  
☐ hiperbárica 0,5% ☐ isobárica 0,5% + morfina mg.  
3 - Cefazolin 2g IV; ☐ Dipirona 2g IV; ☐ Tenoxicam 40mg IV; ☐ Ondansetrona 4 mg IV; ☐ Oxitocina 20 UI no soro; ☐ Dexametasona 10 mg IV, outros:  
4 - ketol 2g

Anestesia: 5. Tihl 40mg  
6. neorlon 10mg + mivacur 2mg  
7. morfina 3mg  
nem, nemido, entre mas.

Conteúdo: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 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.

—MORA  
—LENTO:

105c

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<b>DIAGNÓSTICO:</b> Fx fechada 08/12/12 <b>DATA DO TRAUMA:</b> 08/12/12 <b>DATA DA CIRURGIA:</b> 14/12/12 <b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b> 13/12/12 <b>MÉDICO RESPONSÁVEL:</b> FRANCISCO <b>HOSPITAL PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA:</b> HST <b>RESUMO:</b> Placa + PR	1 - DIETA ZERO A PARTIR 00:00H 2 - SRL 500 ML 12/12 IV 3 - TRAMAL 100 mg + 100 ml SF 0.9% (8/8H) SN EV 4 - DILPIRONA 2ML + 8 ML AD IV 6/6H 5 - PLASIL 10 mg + AD 2ML IN 8/8H SN 6 - CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAZ 140X90 SN 7 - SINAIS VITAIS 6/6H	SVD 08 14/12/12	As 18:20h Recebeu 01 observador As 18:01 equipe manobrou 01 munitivo para fratura SVD Realizado curativo de 12 h - xupado As 19:00 a 20:00 h Realizado curativo e observação da ferida, não houve sangramento, a pele está bem hidratada e sem dor. As 20:00 h Realizado curativo de 12 h - xupado



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA  
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA  
00.529.443/0003-38

Emissão 14/12/2018  
Horário 15:44  
Página 1

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"/> DELÍRIUM/CAM-ICU	<input type="checkbox"/> COMATOSO-GLASGOW TOTAL	<input type="checkbox"/> SEDADO- RAMSEY TOTAL

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 \_\_\_\_\_ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº \_\_\_\_\_ ☐ TOT Nº \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

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

TAXA VENTILATÓRIA: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

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

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

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

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

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

Dr. Neli Vargosa  
Fisioterapeuta  
CREFIS 1257898-F  
15/12/18  
Carla Souza  
14/12/18

Interprete Carla Souza  
Hospital Santa Juliana  
RUA: 00.529.443/0003-38  
Atividade nº 806 - Brasília



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA *Cardiologia*

LEITO Nº *15*

A CLÍNICA *Cardiologia*

ACIENTE:

*Carlos Simão de Oliveira*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO

*paciente com história de  
doença de transtorno evolutivo  
em função do quadro clínico  
e se histórico. Após exames  
de laboratório. Sem alterações  
cardiológicas e físico-clínicas*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA *15/10* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

*Assinado*  
Conteúdo Original  
Hosana Santa-José  
CNPJ: 06.501.443/0001-90  
Rua Alcindo nº 400 - Eixo

DR Italo Maia Vieira  
CRM Otorrinolaringologia  
CRM 1500

NOME DO MÉDICO:

DATA / / HORA:

RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Carlos Simão de Oliveira

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

Dr. Francis Koshin

DT: 08/12/18

DC: 14/12/18

DIAGNÓSTICO: Fratura da rodna  
distal direita

CONDUTA: Intossimila com  
placa com I + FK 1,5mm +  
tuca gesso

CUIDADOS GERAIS:

☒ COMPARECER 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

☒ Retirar da tala o limite do Tala

AGENDAMENTO:

( ) PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☒ FUNDHACRE

Rio Branco-AC, 15/12/18

*Paulo Manoel S. Jr.*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 2217

*Em 18/12/18  
Ingrid*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
- MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00500448051 RUA R.C. EXERCÍCIO 2018

NOME CARLOS BUNAO DE OLIVEIRA

PLACA 674.680.472-00

CHASSI NHT4359

CONDIÇÃO DE USO GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YR125 ED

CAP / POT / CL 2P / 0124CC /

CATEGORIA PARTICU

COTA ÚNICA 1º 1PAGU#

FAIXA L.P.V.A. 2º PARCELAMENTO / COTAS 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$0,7

DATA DE PAGAMENTO 31/08/2018

AL.FID. YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA E R

EN-TRIMUTUARIAS

RIO BRANCO

DATA 05/09/2018

AC Nº 014397647166 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/09/2018

RENAVAM 674.680.472-00

MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR YR125 ED

CHASSI PC6KE150000073059

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$1.29

DIENATRA (R\$) R\$9.05

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$90.33

TOTAL DEBIDO PELA SEGURADORA (R\$) R\$185.5

DATA DE OUTAÇÃO 31/08/2018

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 08.2.24.0000000-04

014397647166

RECIBO AC Nº

05/09/2018

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

DE

ASSINATURA

00500448051

014397647166

014397647166

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

00500448051

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

**NOME**  
 CARLOS NUNO DE OLIVEIRA

**NO. IDENTIFICACAO/ISS. HABILITACAO**

418853 SUP 78

**CPF**

**DATA DE NASCIMENTO**

674.685.472-00

27/08/1970

**PAIS**

BERNARDINO LUIZ DE

OLIVEIRA

HELIA TEOTONIO SIMAO

**PROFISSAO**

**SEX**

**EST. CIVIL**

PROFISSIONAL

MASCULINO

CA

**ENDEREÇO**

**CIDADE**

**UF**

02818010-77

11/08/2010

13/11/2002

**ASSINATURA**

*Carlos Nuno de Oliveira*

Assinatura do portador

**LOCAL**

**DATA DE EMISSAO**

RIO BRANCO - AC

29/06/2014

Assessoria Técnica de Apoio à Gestão  
 Carteira Nacional de Habitação

1453438750

AC488554667

DETRAN/AC (MDE)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARRIAGEM NACIONAL DE HABILITACAO		
	<b>NOME</b> VANESSA XAVIER NETA	
	<b>DOC. IDENTIFIC. / CNH. NACIONAL</b> 11613320 DEF AC	
	<b>DP</b> 818.679.202-94	
	<b>DATA DE EMISSAO</b> 12/06/2016	
	<b>Nome</b> JOSE GOMES NETA FILHO DENISE SANTOS XAVIER	
<b>Sexo</b> F	<b>Altura</b> 1,60	<b>Peso</b> 50
<b>CPF</b> 06247596092	<b>Validade</b> 12/11/2018	<b>Validade</b> 12/06/2016
		
<b>LOCAL</b> RIO GRANDE - ACRR	<b>Data de Emissao</b> 23/06/2015	<b>7565111543</b> AC408143643
<b>DITRON - AC (MCE)</b>		

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1022541686

PRIMEIRO PLASTIFICADA  
1022541686



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
o número 0800 647 7196

SEU CÓDIGO

0186821-7

Informações de faturamento e consumo:  
Rua: Valdeir Macedo, 100 - Bairro: Rio Branco - AC  
Cidade: Rio Branco - AC - CEP: 69.000-000  
Telefone: (0800) 647 7196 - E-mail: atendimento@eletrobras.com.br

Nº de Fica Fixa: 003060484

Informações de faturamento e consumo:  
Rua: Valdeir Macedo, 100 - Bairro: Rio Branco - AC  
Cidade: Rio Branco - AC - CEP: 69.000-000

CONTINER	VENCIMENTO	CONTINER TAM	TOTAL INDIAN
DEZEMBRO/2018	12/12/2018	74	42,37

ZELTA SINALO  
R. CEREJEIRA 150 CHICO MENDES  
CPF: 00099457717287  
CEP: 69.907-657 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.21.002850

Descrição	Valor	Descrição	Valor
Consumo	13074	Consumo	06/12/2018
Consumo	13000	Consumo	05/11/2018
Consumo	1,000	Consumo	04/01/2019
Consumo	74	Consumo	04/12/2018
Consumo	74	Consumo	06/12/2018

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

Forma de Pagamento: NORMAL - Valor de faturamento: 31

**Declaração de Acidente de Trânsito Nº 546 / 2018**

**COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU 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 UF: AC  
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 (X) CONDUTOR ( ) PASSAGEIRO ( ) CICLISTA ( ) 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 OPM: BPTRAN  
DATA: 26/12/2018 HORA: 14:47  
ASSINATURA: *Dorival Pereira de Oliveira*

**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 <b>192</b>		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Evento: 24/12/2018 Hora entrada: 08:54 Operador:	
Id da Ocorrência <b>1812080527</b>	Qtd Vítimas <b>1</b>	Evento: 08/12/2018 07:40 Data: 08/12/2018 08:03	Classificação da Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Caso: COLISÃO EXTERNA Motivo Descr.: COLISÃO ANIMAL A MOTOR		

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Nome Sistema: ANTONIO
Epi: R PRINCIPAL
Bairro: COLANTO RUI LINO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DO BOMBEIRO E O MERCADO RUI LINO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone do Sistema: (68) 956529695 Cidade: QUESADA	Origem da Ligação: VIA PUBLICA
-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

**VÍTIMAS**

Vítima <b>1</b>	Nome: CARLOS SIMÕES DE OLIVEIRA	Idade: 48 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

**AValiação NÃO ESTRUTURADA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Data/Hora: 08/12/2018 08:17 Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRACO DIREITO EDENAL LOCAL, COM POSSÍVEL FRATURA DE RAO DISTAL E ESCORAÇÕES BILATERAL. SEM EXPOSIÇÃO OSSEA. NEGA OUTRAS QUEIMAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. PASSAR FOLHA SPO2 88%.
Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI Data/Hora: 08/12/2018 07:43 Avaliação: SOLICITANTE. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRACO DIREITO EDENAL LOCAL. SEM EXPOSIÇÃO OSSEA. NEGA OUTRAS QUEIMAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

**AValiação ESTRUTURADA**
**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Decisão: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO-HUERS		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Interação:		
	Observação:		
Vítima <b>1</b>	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Decisão: ENVIAR DE VEICULO		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Decisão: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Interação:		
	Observação:		

**CONCLUSÃO**

#### MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

VEIC 1	Veículo: USB 05 RSO	Departamento: Edifício: 08/12/2018 07:55
	Di.Hr: Saída Base: 08/12/2018 07:55	Di.Hr: Chegada Base: 08/12/2018 08:00
	Di.Hr: Saída Litoral: 08/12/2018 08:10	Di.Hr: Chegada Litoral: 08/12/2018 08:27
	Di.Hr: Saída Distrito: 08/12/2018 08:26	Di.Hr: Chegada Distrito: 08/12/2018 09:03

#### MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data e Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:45	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:05	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:15	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELAID	08/12/2018 08:37	JANINE DA SILVA LIMA DELAID	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: 674.680.472-00 Nome completo da vítima: 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: Carlos Simão de Oliveira CPF: 674.680.472-00  
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Cruzura Número: 150 Complemento: Casa  
Bairro: Chico Mendes Cidade: Rio Branco Estado: AC CEP: 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).

### RENDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3320 CONTA: 36551 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

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, À SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

