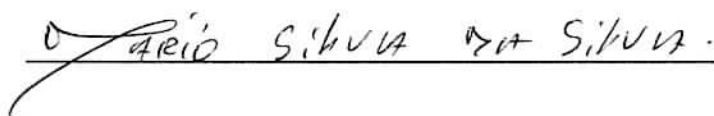


PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

DARIO SILVA DA SILVA brasileiro, Casado, Servente, inscrito no CPF sob o nº665.255.602-25e no RG sob o nº328813SSP/AC, residente e domiciliado na Rua São Joao, Nº235, Bairro: Pista, CEP:69911-182, Rio Branco- Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e **Danielle Lima da Silva**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, com endereço profissional na Rua Hugo Carneiro, n.º 543, sala 06, Cep:69900-565, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 29 De Abril 2019.

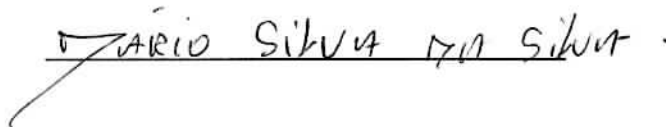

DARIO SILVA DA SILVA.

DECLARAÇÃO

DARIO SILVA DA SILVA brasileiro, Casado, Servente, inscrito no CPF sob o nº665.255.602-25e no RG sob o nº328813SSP/AC, residente e domiciliado na Rua São Joao, Nº235, Bairro: Pista, CEP:69911-182, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 29 de Abril 2019.

DARIO SILVA DA SILVA.

RECEITA DE COMPROMISSO

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERFANHO DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 07/09/1981

NOME: DARIO ORO SILVA DA SILVA

NÚMERO: 2F2E.1584.8F8C.8B0C

DATA DE EMISSÃO: 22/08/2014

HORA: 11:24:58

DIGITO VERIFICADOR: 00

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

www.receita.fazenda.gov.br

CÓDIGO DE CONTROLE

2F2E.1584.8F8C.8B0C

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

do dia 22/08/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

RECEITA DE COMPROMISSO

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERFANHO DE MELO

DATA DE NASCIMENTO: 07/09/1981

NOME: DARIO ORO SILVA DA SILVA

NÚMERO: 2F2E.1584.8F8C.8B0C

DATA DE EMISSÃO: 22/08/2014

HORA: 11:24:58

DIGITO VERIFICADOR: 00

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

www.receita.fazenda.gov.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

665.255.602-25

Nome

DARIO SILVA DA SILVA

Nascimento

07/09/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Eletrobras Distribuição Acre

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

fls. 1/2

0001163-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 [Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Unica

Nº da Nota Fiscal 001993275

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR R\$
AGOSTO/2018	16/08/2018	301	247,66

MARIA ALDERINA DE MESSIAS
R. SAO JOAO 235 PISTA
CPF: 00019612117268
CEP: 69.911-182 - RIO BRANCO

ROT: 9.001.09.03.0034

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	10329	Atual: 09/08/2018
Anterior:	10028	Anterior: 11/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 08/09/2018
Consumo Medido:	301	Emissão: 08/08/2018
Consumo Faturado:	301	Apresentação: 09/08/2018

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RF SIDENCIAL	MONO	7262215		1.1.1.1	301

HISTORICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUL/18 334	CONSUMO 301 A R\$ 0,759123 = 228,49
JUN/18 240	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 10,12
MAI/18 260	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 2,00
ABR/18 268	MULTA POR ATRASO 07/18-00 5,00
MAR/18 279	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00 1,00
FEV/18 299	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 15,03
JAN/18 277	
DEZ/17 320	
NOV/17 396	
OUT/17 366	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 301 - 0,559900	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 24 28
Parabéns! Até o dia 03/08/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C9E5.2948.022B.93CD.4DFC.E913.5A4A.F7FE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 75,86	Base de Cálculo: 228,49
Energia: 60,50	Alíquota ICMS: 25,00%
Transmissão: 2,02	Valor do ICMS: 57,12
Encargos: 30,16	Valor do PIS: 0,50
Tributos: 59,95	Valor do COFINS: 2,33

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICM
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Consumo TANGARA

Período de apuração: 06/2018 EUSD: 76,84

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 09/08/2018 às 11:44:11, sob o número 0709742-40.2019.8.01.0001 e código 22C9-954. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709742-40.2019.8.01.0001 e código 22C9-954.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012589/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/04/2019 08:32 Data/Hora Fim: 09/04/2019 08:49
 Origem: Polícia Judiciária Data: 09/04/2019
 Delegado de Polícia: Karlesso Nespoli Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 3ª Regional

Data/Hora do Fato: 31/07/2018 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: ESTRADA DA SOBRAL

Bairro: Pista

Ponto de Referência: EM FRENTE A CASA 7
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DARIO SILVA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 07/09/1981
 Profissão: Servente de Obras Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Estado Civil: União Estável
 Nome da Mãe: Maria Gomes da Silva Nome do Pai: Creginaldo Vicente da Silva
 Em Serviço: Não

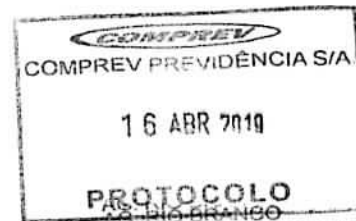
Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 328813
 CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 665.255.602-25

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: RUA SÃO JOÃO
 Bairro: PISTA
 Telefone: (68) 99918-9309 (Celular)

Nº: 235



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 665.255.602-25	Placa MZV6954
Renavam 00149417543	Número do Chassi 9C2JC41209R076966
Ano/Modelo Fabricação 2009/2009	Cor VERMELHA
UF Veículo Acre	Município Veículo Rio Branco
Marca/Modelo HONDA CG 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



Delegado de Polícia Civil: Karlesso Nespoli Rodrigues
 Impresso por: Demostenes Dos Santos
 Data de Impressão: 09/04/2019 08:50
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012589/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Dario Silva da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O noticiante informa que derrapou na pista e sofreu uma lesão no joelho direito, tendo se deslocado sozinho até o PS. Pelo exposto pede as devidas providências legais.

ASSINATURAS


 Demostenes Dos Santos
 Responsável pelo Atendimento


 Dario Silva da Silva
 (Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REQUERIMENTO

Eu, Dário Silva da Silva

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
☐ Relatório da cirurgia realizada,
☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
☐ Declaração para Planejamento Familiar,
☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 164351 Médico: Dr. Marco Aurélio

Entrada: 19 / 08 / 18 Saída: 21 / 08 / 18

Convênio: SUS Telefone: (68) 99974-2586

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPVAT

Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

X Dário Silva da Silva
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 21 / 08 / 18 Hora: 8h20

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CHES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				4 - CHES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				10 - RAÇA/COR	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				10.1 - ETNIA	
8 - DATA DE NASCIMENTO				9 - SEXO	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				17 - CDD, 10GE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF	
19 - CEP					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Dores em joelho direito Artroses degenerativas FR 3.0/2.0 Fios de velagem					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Condição degenerativa para artroses degenerativas no dia 13/03/2015 Paciente aguardando em casa, dor no joelho direito					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Amostra de urina - Exame físico - Exame de urina EX Patela (B)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
31 - DOCUMENTO					
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - 1 - ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - 1 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - N° DO BILHETE					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ EMPRESA					
43 - CNAE DA EMPRESA					
44 - CIO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
46 - EMPREGADO					
47 - EMPREGADOR					
48 - AUTÔNOMO					
49 - DESEMPREGADO					
50 - APOSENTADO					
51 - NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR					
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
48 - DOCUMENTO					
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA DE MATERIAL

Nº Prontuário 164351-2	Convênio Sus	Data 20.08.18	Apt/Leito 110 B	Sala 05
Paciente Dario Silva da Silva			Circulante Taluma	
Cirurgia C. Fratura Patela		Cirurg. Roneido	Aux. Robson / Pluio	Instrum. Rosmildo
Anestesista ney	Tipo Anestesia Raque	Hora Entrada S. O. 9:50	Hora Salda S. O. 10:00	10:20
			11:45	

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant.
ABOCATH nº 4	1	ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº 21	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm 15	1	ÁLCOOL A 70%	100ml	BIST. MONOPOLAR	sum
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sum
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
ETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	sum
COMPRESSA pct	1	DOLANTINA		OXÍMETRO	sum
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	sum
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	sum
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS Nº	18	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL	2.0	perfusada sum	
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 3.0	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº 1		KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE pct	1	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 24	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO Nº		NAUSEDRON	1		
LA ESTÉRIL nº 3.0	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR	1 metro	OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1 pt lavar		
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
Fio Khaschauer 2.0	1	TILATIL	1		
Fio Perclaxum	1	XILOCAINA 2% CN			
Fio 7.5	1	XILOCAINA 2% SN			
Fio 8.5	1	XILOCAINA GEL			
Fio 9.5	1				
Fio 10.5	1				
Fio 11.5	1				
Fio 12.5	1				
Fio 13.5	1				
Fio 14.5	1				
Fio 15.5	1				
Fio 16.5	1				
Fio 17.5	1				
Fio 18.5	1				
Fio 19.5	1				
Fio 20.5	1				
Fio 21.5	1				
Fio 22.5	1				
Fio 23.5	1				
Fio 24.5	1				
Fio 25.5	1				
Fio 26.5	1				
Fio 27.5	1				
Fio 28.5	1				
Fio 29.5	1				
Fio 30.5	1				
Fio 31.5	1				
Fio 32.5	1				
Fio 33.5	1				
Fio 34.5	1				
Fio 35.5	1				
Fio 36.5	1				
Fio 37.5	1				
Fio 38.5	1				
Fio 39.5	1				
Fio 40.5	1				
Fio 41.5	1				
Fio 42.5	1				
Fio 43.5	1				
Fio 44.5	1				
Fio 45.5	1				
Fio 46.5	1				
Fio 47.5	1				
Fio 48.5	1				
Fio 49.5	1				
Fio 50.5	1				
Fio 51.5	1				
Fio 52.5	1				
Fio 53.5	1				
Fio 54.5	1				
Fio 55.5	1				
Fio 56.5	1				
Fio 57.5	1				
Fio 58.5	1				
Fio 59.5	1				
Fio 60.5	1				
Fio 61.5	1				
Fio 62.5	1				
Fio 63.5	1				
Fio 64.5	1				
Fio 65.5	1				
Fio 66.5	1				
Fio 67.5	1				
Fio 68.5	1				
Fio 69.5	1				
Fio 70.5	1				
Fio 71.5	1				
Fio 72.5	1				
Fio 73.5	1				
Fio 74.5	1				
Fio 75.5	1				
Fio 76.5	1				
Fio 77.5	1				
Fio 78.5	1				
Fio 79.5	1				
Fio 80.5	1				
Fio 81.5	1				
Fio 82.5	1				
Fio 83.5	1				
Fio 84.5	1				
Fio 85.5	1				
Fio 86.5	1				
Fio 87.5	1				
Fio 88.5	1				
Fio 89.5	1				
Fio 90.5	1				
Fio 91.5	1				
Fio 92.5	1				
Fio 93.5	1				
Fio 94.5	1				
Fio 95.5	1				
Fio 96.5	1				
Fio 97.5	1				
Fio 98.5	1				
Fio 99.5	1				
Fio 100.5	1				

LISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	Dona Silva da Silva	20		
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO:	E + Patela @
DATA DO TRAUMA:	30/07-1987
1. DIETA ZERO APOS 00:00 2. SF 0,9% 1000 ML IV 24H 3. DIPIRONA 1G EV DILUIDO 6/H 4. TRAKMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 6/8 H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	
6. CUIDADOS GERAIS: 7. SINAI VITAIS	
HISTORIAL: HOSPITAL: Santa Juliana	
MATERIA: FH J.O.L.D. Fios de Lencogen	

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2571960 DATA: 31/07/2018 HORA: 18:19 USUARIO: OTERVAL
 CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DARIO SILVA DA SILVA DOC...: RG 328813
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 07/09/1981 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA SAO JOAO NUMERO: 87
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: SOBRAL
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: GREGINALDO VICENTE DA SILVA / MARIA GOMES DA SILVA
 RESPONSAVEL...: ESPOSA- BEATRIZ TEL...: 99974-2586
 PROCEDENCIA...: SOBRAL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [103 X 86 mmHg] PULSO [61] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 [98]

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

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

DADOS CLINICOS: *Pariente gravemente ferido, com lesões no tórax, abdômen e membros inferiores. Há ferimentos no tórax e abdômen, com sangramento ativo. Lesões nos membros inferiores, com ferimentos no tornozelo direito onde apresenta escoriações no pé direito.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1*

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

1- Duplexano 200 mg EV
 2- Tilatil 40mg EV
 3- Acetaminofeno
 4- Solução RX de olho + analgésico oral
 5- ~~Antibiotico~~ *Carapaxin Geral*

COMPREV PREVIDENCIA S/A
 16 ABR 2019
 PROTOCOLO
 AC. RIO BRANCO

HORARIO DA MEDICACAO
 DR. Italo Maia Vieira
 RM Otolaringologia

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. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

18:15h, deu entrada, set de cordões rotos, vítima de queda moto, expulso, ressusitado, e escaneado no MTD. medicado com, nega alergia medicamentosa.

*rec. enviada
 em 7/35/76r*



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

fls. 20



FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 164351 - 2	Entrada: 19/08/2018	Hora: 1511	Apto/Leito: 105-B
Paciente:	DARIO SILVA DA SILVA		

150-B

Reg. Geral: 328813	Orgão Emissor: SSP	AC	Data Expedição: 06/12/2004
CPF: 66525560225	Raca/Cor: Parda	Cartão SUS: 705807489680636	Sexo: M
Dt. Nasc.: 07/09/1981	Est. Civil: SOLTEIRO(A)	Natur.: RIO BRANCO	Idade: 36 Anos
Conjuge: BEATRIZ MESSIAS FERREIRA			

Nacionalidade.: BRASIL	End.: TRAV SAO JOAO	Nro: 235
Bairro.: PISTA	CEP: 69990097	Cidade: Rio Branco
		Estado: AC

Fone: 68 Cel.: 999202158 Fone Contato: 68 999742586

Local de Trabalho:

Profissão: SERVENTE

PAI: CREGINALDO VICENTE DA SILVA

MAE: MARIA GOMES DA SILVA

Resp.: BEATRIZ MESSIAS FERREIRA

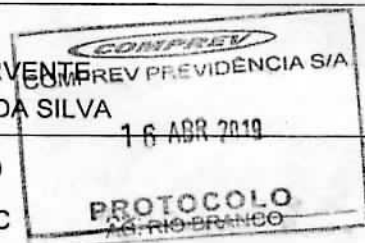
End.: TRAV SAO JOAO

Nº.: 235 Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -



Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): MARCO AURELIO BRANCO

H. S. J.
18/08/2018
trat. y. pat. ch
Patela
Sus
Maria Denise da S. Lopes
CRTR-00784T

Observação: AIH EM ANEXO COD DA SOLICITACAO N 252131450

Atendente: Sanara Araujo

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de DARIO SILVA DA SILVA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 19 de agosto de 2018

Beatriz Messias Ferreira
 BEATRIZ MESSIAS FERREIRA

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, 19 de agosto de 2018

Beatriz Messias Ferreira
 BEATRIZ MESSIAS FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 11:47, sob o número 07097424020198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709742-40.2019.8.01.0001 e código 22C998B.



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

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME: <u>Dario Silva da Silva</u>		PRONTUÁRIO:	
IDADE: <u>36</u>	SEXO:	PESO:	DATA: <u>20/08/18</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRACTURA DE PATELA TRANSVERSA</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>OSTEOSSINTE BANDA DE TENSAO</u> <u>PRINCIPAL = ESTABILIDADE ABSOLUTA +</u> <u>MOVIMENTO AUTOMICO.</u>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:			
☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA <u>urgente</u>		ANESTESISTA	

EQUIPE CIRURGICA:

CIRURGIÃO: Dr. Romulo
 1º AUXILIAR: Dobson R3, Luiz R2.
 2º AUXILIAR: Dos Santos
 ANESTESISTA: Dr. Ney
 CIRCULANTE: Helisson

Hora Inicio: _____ Hora Término: _____ Duração: _____

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)



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: Dario Silva da Silva
 N° Apt°.: 110-B
 Data: 20/08/18
 Cirurgia: Fc. fratura Patela D.
 Início: 10:20
 Término: 11:45

Pontuação Final:

Cirurgião: Dr. Ronaldo / Robson / Aluisio

Enfermeiro (o) Roseane

Anestesista: Rn Nely

Tipo de Anestesia: Raqui

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tossi	2				
- Esforço respiratório limitado	1	2	2		
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica:					
->80% do nível pré-anestésico	2				
-50 à 80% do nível pré-anestésico	1	2	2		
-<50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2				
- Acorda quando chamado pelo nome	1	2	2		
-Não responde o comando	0				
Coloração					
-Coloração e aparência normais da pele	2				
-coloração da pele alterada pálida, escura, amarelada, icterico	1	2	2		
-cianose evidente.	0				
Atividade muscular					
- Capacidade de movimentar todas extremidades.	2				
-Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1	1	1		
-Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total		6	6		

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

*Horário de liberação. Rosane Freire

*Assinatura do Enfermeiro CORENAC 304.787

* Assinatura do Médico Anestesiologista: Nely (Rn) 1431



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA DE MATERIAL

Nº Prontuário 164351-2	Convênio Sus	Data 20.08.18	Apt/Leito 110 B	Sala 05
Paciente Dario Silva da Silva			Circulante Taluma	
Cirurgia Fratura Patela D.		Cirurg. Roneilo	Aux. Rolson / Fleusio	Instrum. Rosemildo
Anestesiata ney	Tipo Anestesia Raque	Hora Entrada S. O. 9:50	Hora Saída S. O. 10:00	10:20
			11:45	

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant.
ABOCATH nº 4	1	ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº 21	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm 15	1	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm 15	1	ÁLCOOL A 70%	100ml	BIST. MONOPOLAR	sum
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sum
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
ETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	sum
COMPRESSA pct	1	DOLANTINA	1	OXÍMETRO	sum
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	sum
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	sum
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS nº	18	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL	2.0	Perfuradora	sum
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM	1		
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 3.0	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº 1	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE pct	1	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 24	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDRON			
LA ESTÉRIL nº 8.0	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR 1 metro		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1 p/ lavar		
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
Fio Kras Chamer 3.0	1	TILATIL	1		
Fio Perclazum	1	XILOCAINA 2% CN			
Fio 7.5	1	XILOCAINA 2% SN			
Fio 8.5	1	XILOCAINA GEL			
Fio 9.5	1	Cilica 30ml	1		
Fio 10.5	1	dimet 0.2	1		
Fio 11.5	1				
Fio 12.5	1				
Fio 13.5	1				
Fio 14.5	1				
Fio 15.5	1				
Fio 16.5	1				
Fio 17.5	1				
Fio 18.5	1				
Fio 19.5	1				
Fio 20.5	1				
Fio 21.5	1				
Fio 22.5	1				
Fio 23.5	1				
Fio 24.5	1				
Fio 25.5	1				
Fio 26.5	1				
Fio 27.5	1				
Fio 28.5	1				
Fio 29.5	1				
Fio 30.5	1				
Fio 31.5	1				
Fio 32.5	1				
Fio 33.5	1				
Fio 34.5	1				
Fio 35.5	1				
Fio 36.5	1				
Fio 37.5	1				
Fio 38.5	1				
Fio 39.5	1				
Fio 40.5	1				
Fio 41.5	1				
Fio 42.5	1				
Fio 43.5	1				
Fio 44.5	1				
Fio 45.5	1				
Fio 46.5	1				
Fio 47.5	1				
Fio 48.5	1				
Fio 49.5	1				
Fio 50.5	1				
Fio 51.5	1				
Fio 52.5	1				
Fio 53.5	1				
Fio 54.5	1				
Fio 55.5	1				
Fio 56.5	1				
Fio 57.5	1				
Fio 58.5	1				
Fio 59.5	1				
Fio 60.5	1				
Fio 61.5	1				
Fio 62.5	1				
Fio 63.5	1				
Fio 64.5	1				
Fio 65.5	1				
Fio 66.5	1				
Fio 67.5	1				
Fio 68.5	1				
Fio 69.5	1				
Fio 70.5	1				
Fio 71.5	1				
Fio 72.5	1				
Fio 73.5	1				
Fio 74.5	1				
Fio 75.5	1				
Fio 76.5	1				
Fio 77.5	1				
Fio 78.5	1				
Fio 79.5	1				
Fio 80.5	1				
Fio 81.5	1				
Fio 82.5	1				
Fio 83.5	1				
Fio 84.5	1				
Fio 85.5	1				
Fio 86.5	1				
Fio 87.5	1				
Fio 88.5	1				
Fio 89.5	1				
Fio 90.5	1				
Fio 91.5	1				
Fio 92.5	1				
Fio 93.5	1				
Fio 94.5	1				
Fio 95.5	1				
Fio 96.5	1				
Fio 97.5	1				
Fio 98.5	1				
Fio 99.5	1				
Fio 100.5	1				

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 6486
Nome.....: DARIO SILVA DA SILVA
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 7/09/1981 Idade: 36 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: CREGINALDO VICENTE DA SILVA
Nome da Mae.....: MARIA GOMES DA SILVA
Endereco.....: RUA SAO JOAO 00087
Bairro.....: SOBRAL Cep.: 69900-000
Telefone.....: 225-5725
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2571960
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0128
Data da Internacao: 31/07/2018
Hora da Internacao: 18:25
Medico Solicitante: 811.634.012-34 - ITALO MAIA VIEIRA
Proced. Solicitado: 04.08.05.059-4
Diagnostico.....: S82.0
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

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

203.6 25.70.4.20.006

ANEXO I

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA SELVA DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 6486	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 70981		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
10 - RAÇA/COR 11 - NOME DA MÃE Maria Gomes da Silva		12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 14 - TELEFONE DE CONTATO	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, DAIRO) Rua São João 87 Sobral		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Rio Branco	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO AC		18 - CEP	
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR EM JOELHO			
20 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FI DE PATELA			
24 - CID 10 PRINCIPAL T13			
25 - CID 10 SECUNDÁRIO V24.4			
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO INTERNAÇÃO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 030181010019	
29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO () CNS () CPF	
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Carla		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 31/07/18	
34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - [] ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - [] ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - [] ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE	
42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR		45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1710376233550001		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 11:47, sob o número 07097424020198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709742-40.2019.8.01.0001 e código 22C998C.



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

digitado e impresso em: 01/08/2018 às 12:42:05

REGISTRO PACIENTE
DARIO SILVA DA SILVA

IDADE 36

CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 1440

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DI/DT 31/08/2018 FX DE PATELA DIREITA PACIENTE EM USO DE TALA INGUINO MALEOLAR REG. COM DOR LEVE A MOD. EDEMA + /4 PERFUSAO MANTIDA. COM LESOES ESCORIATIVAS EM ESPERA DE AGENDAMENTO CIRURGICO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H:SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS		7:00 - cliente acordou, lupúico, verbal, comunicativo, reali- zando limpeza em brachiações sem presença de sang- ção e edem. feita dieta. Sem queixas.
			17:20 - cliente em- beu sem altera- ção, acrescentando dieta. Sem queixas.

Vânia Cristina O. do Nascimento
Rc. de Enfermagem
COREN/AC 000.437.503
Vânia Cristina O. do Nascimento
Rc. de Enfermagem
COREN/AC 000.437.503

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 02/08/2018 às 13:14:01

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência do Acre

REGISTRO

PACIENTE

DARIO SILVA DA SILVA

IDADE

36

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

M01

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI/DT 31/08/2018 FX DE PATELA DIREITA PACIENTE EM USO DE TALA INGUINO MALEOLAR REG. COM DOR LEVE A MOD. EDEMA + /4 PERFUSAO MANTIDA. COM LESOES ESCORIATIVAS CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 13/08/2018 COM DR RONEIDO NO HOSPITAL SANTA JULIANA MATERIAL FK + FIO DE CERCLAGEM	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 11. CEFAZOLINA 1 GR 8/8 HRS ALTA COM INDICACOES	5. N.D. 5. 13.00 - 15.00 10. 15. 22.04 12. 20.04 12. 20.04 Lunch 10. 15. 22.04 10. 15. 15. 12. 20.04 OK.	Às 13:14 h. paciente alta hospitalar, lucida, bem orientado, com medicação, acompanhada. do. — Carlos Roberto de Figueiredo Silva Enfermeiro COREN - AC 395.715

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

7

Out. Carlos Roberto de Figueiredo Silva
Enfermeiro
COREN - AC 395.715

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: DARIO SILVA DA SILVA (EME)
Requisicao: 18, PC.2.008790
Num. do BE: 02571960

Idade...: 36A
Requis.: 01/08/2019

US. Origem.: HUERB/PS CCB
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,03	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	14,70	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,30	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	276	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:.....	60	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.520	mm3	
Linfocitos:.....	33	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	3.036	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	368	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRM 778/PA 01/08/18 as 16:24 Coleta: 01/08/18 as 14:29-1a. Via Impressa: 01/08/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 45 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	05 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	205.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRM 778/PA 01/08/18 as 16:24 Coleta: 01/08/18 as 14:29-1a. Via Impressa: 01/08/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CREAC 609

GISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	Dona Sônia da Silva	80		
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	

DIAGNOSTICO: Ex Patela @ DATA DO TRAUMA: 31/01/13	1. DIETA ZERO APOS 00:00 2. SF 0,9% 1000 ML IV 24H 3. DIPIRONA 1G EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	31/01/13	15.11.13. Paga Alvará nº 184 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 18.01.13. Paga Alvará nº 185 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 19.01.13. Paga Alvará nº 186 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 20.01.13. Paga Alvará nº 187 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 21.01.13. Paga Alvará nº 188 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 22.01.13. Paga Alvará nº 189 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 23.01.13. Paga Alvará nº 190 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 24.01.13. Paga Alvará nº 191 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 25.01.13. Paga Alvará nº 192 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 26.01.13. Paga Alvará nº 193 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 27.01.13. Paga Alvará nº 194 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 28.01.13. Paga Alvará nº 195 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 29.01.13. Paga Alvará nº 196 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 30.01.13. Paga Alvará nº 197 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 31.01.13. Paga Alvará nº 198 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h.
DATA DA CIRURGIA: 20/08/13 DATA DA INTERNAÇÃO: 19/08/13 às 14h MEDICO RESPONSÁVEL: Dr. Francisco HOSPITAL: Santa Juliana MATERNAL:	8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS	31/01/13	15.11.13. Paga Alvará nº 184 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 18.01.13. Paga Alvará nº 185 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 19.01.13. Paga Alvará nº 186 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 20.01.13. Paga Alvará nº 187 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 21.01.13. Paga Alvará nº 188 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 22.01.13. Paga Alvará nº 189 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 23.01.13. Paga Alvará nº 190 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 24.01.13. Paga Alvará nº 191 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 25.01.13. Paga Alvará nº 192 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 26.01.13. Paga Alvará nº 193 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 27.01.13. Paga Alvará nº 194 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 28.01.13. Paga Alvará nº 195 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 29.01.13. Paga Alvará nº 196 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 30.01.13. Paga Alvará nº 197 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 31.01.13. Paga Alvará nº 198 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h.
Ex 3.012.0 Fio de Endogam	31/01/13	31/01/13	15.11.13. Paga Alvará nº 184 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 18.01.13. Paga Alvará nº 185 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 19.01.13. Paga Alvará nº 186 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 20.01.13. Paga Alvará nº 187 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 21.01.13. Paga Alvará nº 188 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 22.01.13. Paga Alvará nº 189 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 23.01.13. Paga Alvará nº 190 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 24.01.13. Paga Alvará nº 191 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 25.01.13. Paga Alvará nº 192 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 26.01.13. Paga Alvará nº 193 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 27.01.13. Paga Alvará nº 194 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 28.01.13. Paga Alvará nº 195 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 29.01.13. Paga Alvará nº 196 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 30.01.13. Paga Alvará nº 197 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h. 31.01.13. Paga Alvará nº 198 multi-útil + 200mls em tempo. AVO as 15h.



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: DARIS SILVA DA SILVA.

O paciente supracitado apresenta Fratura do polelo

Degenerata a partir de 31/07/19

ou há —, tendo sido tratado com Cirurgia

No momento, encontra-se Adm Limbo, Fuclo

limbo e uso de 3000, Anolo na Ocu
nto 100 de carga. no winto hodo
Siguo Afosamento de 90 de

CID: S820.

Aluizio Júnior
Médico CRM - 2051

Rio Branco - AC

18/09/18

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279621

Vítima: DARIO SILVA DA SILVA

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DARIO SILVA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

