

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: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000138901-2

Nr. da Autenticação 5BB51BAD15340FAB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263913 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 28/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: lesao dos tendoes extensores dos dedos do pé esquerdo

Descrição do exame físico: MIE: cicatriz da lesao traumatica de 15 cm na regio anterior de tornozelo, limitação para a dorsiflexao do tornozelo a 20 graus e para a flexao plantar do tornozelo a 40 graus, aumento de volume do tornozelo, hipotrofia da panturrilha e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: Tratamento: Cirurgico para tenorrafia e fisioterapia.
Alta:dezembro de 2018

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3190263913

Nome do(a) Examinado(a): RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua do Areal, 786 - Rio Branco/AC - CEP 69906-083

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 239882 - SSP AC

Data e Local do Acidente : 28/08/2018

Data e Local do Exame : 18/04/2019 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: lesao dos tendoes extensores dos dedos do pé esquerdo

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

Tratamento: Cirurgico para tenorrafia e fisioterapia.

Alta:dezembro de 2018

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

Exame fisico: MIE: cicatriz da lesao traumatica de 15 cm na regio anterior de tornozelo, limitação para a dorsiflexao do tornozelo a 20 graus e para a flexao plantar do tornozelo a 40 graus, aumento de volume do tornozelo, hipotrofia da panturrilha 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 do tornozelo conforme descrito no exame fisico e redução da força muscular do membro.

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

tornozelo esquerdo

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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

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

SAMU

192

FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192

Data Emissão: 31/08/2018

Hora emissão: 09:19

Operador:

Nº da Ocorrência

1808280105

Qtd. Vítimas

1

D/Hr Início: 28/08/2018 21:52

D/Hr Término: 28/08/2018 23:05

Classificação de Risco: VERMELHA (BAIXO RISCO)

Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS

Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X BICICLETA

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:

End.: R AV AMADEU BARBOSA

Bairro: AREAL

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: EM FRENTE A IGREJA / PROXIMO A ROTATORIA SENTIDO RECANITO DOS BURITIS



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Solicitante: (63) 959071875

Quilômetro:

Origem da Informação: PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome Paciente: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA	Idade: 41 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12
	Avaliação: COLISÃO CARRO X BIKE - LOTE UTILIZADO NEM GA PERDA DE CONSCIÊNCIA E CC EM DORSO DE PE ESQUERDO ESTAVEL	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2º DISTRITO		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Incompetência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F

Intercorrência

Observação

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 2	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equip: 28/08/2018 22:19
	Dt./Hr. Saída Base: 28/08/2018 22:19	Dt./Hr. Chegada Local: 28/08/2018 22:20
	Dt./Hr. Saída Local: 28/08/2018 22:20	Dt./Hr. Chegada Destino: 28/08/2018 22:20
	Dt./Hr. Saída Destino: 28/08/2018 22:59	Dt./Hr. Chegada Base: 28/08/2018 23:54

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:52		WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:53	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	ESPERA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:54	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 21:55	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 22:12	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA
MEDICO	28/08/2018 22:15	MEDICO	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 22:49	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA



MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1560344

DATA: 28/08/2018

HORA: 22:37

USUARIO: ISABEL

CNS:

SETOR: 03-EMERGENCIA CLINICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO RIBEIRO DA SILVA
IDADE.....: 41 ANOS NASC: 00/00/0000
ENDERECO.....: RUA AREAL
COMPLEMENTO...: VEIO DE SAMU BAIRRO: AREAL
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: NAO INFORMADO /MARIA RIBEIRO DA SILVA
RESPONSAVEL...: FILHO - MARCOS RODRIGUES TEL....: 99930-5069
PROCEDENCIA...: AREAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE BICICLETA
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

JIRE →



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx Pé Esquerda
- Diclofenaco 75mg (I.M)
- Paracetamol 0,5g (I.M)
- Analgesico Intepedia no Alentejo

21:00, - Janss Lomax
739.811.
21:00

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CRM-AC-972

28/08/2018

Paciente vítima de acidente de bicicleta, apresenta ferimento no pé esquerdo com provável fratura parietal de tendões.


Enoque P. de Araújo
Médico
CRM-AC-772

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2578532 DATA: 28/08/2018 HORA: 23:07 USUARIO: COSMA
CNS: 707007825688637 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO RIBEIRO DA SILVA DOC.: NT
IDADE: 41 ANOS NASC: 04/06/1977 SEXO.: MASCULINO
ENDERECO: RUA DO AREAL NUMERO: 763
COMPLEMENTO: BAIRRO: CORRENTE
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
NOME PAI/MAE: NAO DECLARDO /MARIA RIBEIRO DA SILVA
RESPONSAVEL: FILHO - MARCOS RODRIGO TEL.: 999305069
PROCEDENCIA: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SAL 500ml e 8/8h 500 500 OBSERVAR
2) Cefalotina 1g IV e 6/6h 01:27 02:27
3) Dexametazone 1mg IV e 6/6h 01:27 06:30
4) VACINA DT 0, 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

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): 056 FCG

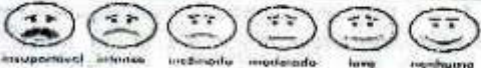
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

1) Diete 24h a partir de 02:00
2) 24:55h paciente vindo da etapa de cadeia
e nada para OBS de trauma para dar
continuidade de seu tratamento Tec Enf Ger
vino + Errou.

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		() 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 1-4 () 0						Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

06:30s cliente responsivo, expulso, diátese espontânea
PA: 110x70 mmHg - tel. 1768

coren nº 7351768

As 08:40 Ps Paciente encaminhado ao CC, em
maca, acompanhado da mãe, atende, referindo
dor em NTE. As cuidados da ortopedia
Priscila Maciel
COREN 1768



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Novo Acre
Chassis para todos os segmentos

UNIDADE: 8

NAME: Robert M. Reed

IDADE: 47

B.E.

OBSERVAÇÃO

CCB.

LEITO: Hel.

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
29-08-17	Lesão tenossinovial do 2º dedo da mão esquerda	1) Duet 60ml 2) SPT 500mg 3) SPT 500mg 4) O. Primaz 1000mg 5) O. Primaz 1000mg 6) O. Primaz 1000mg 7) O. Primaz 1000mg 8) O. Primaz 1000mg 9) O. Primaz 1000mg 10) O. Primaz 1000mg 11) O. Primaz 1000mg 12) O. Primaz 1000mg 13) O. Primaz 1000mg 14) O. Primaz 1000mg 15) O. Primaz 1000mg 16) O. Primaz 1000mg 17) O. Primaz 1000mg 18) O. Primaz 1000mg 19) O. Primaz 1000mg 20) O. Primaz 1000mg 21) O. Primaz 1000mg 22) O. Primaz 1000mg 23) O. Primaz 1000mg 24) O. Primaz 1000mg 25) O. Primaz 1000mg 26) O. Primaz 1000mg 27) O. Primaz 1000mg 28) O. Primaz 1000mg 29) O. Primaz 1000mg 30) O. Primaz 1000mg 31) O. Primaz 1000mg 32) O. Primaz 1000mg 33) O. Primaz 1000mg 34) O. Primaz 1000mg 35) O. Primaz 1000mg 36) O. Primaz 1000mg 37) O. Primaz 1000mg 38) O. Primaz 1000mg 39) O. Primaz 1000mg 40) O. Primaz 1000mg 41) O. Primaz 1000mg 42) O. Primaz 1000mg 43) O. Primaz 1000mg 44) O. Primaz 1000mg 45) O. Primaz 1000mg 46) O. Primaz 1000mg 47) O. Primaz 1000mg 48) O. Primaz 1000mg 49) O. Primaz 1000mg 50) O. Primaz 1000mg 51) O. Primaz 1000mg 52) O. Primaz 1000mg 53) O. Primaz 1000mg 54) O. Primaz 1000mg 55) O. Primaz 1000mg 56) O. Primaz 1000mg 57) O. Primaz 1000mg 58) O. Primaz 1000mg 59) O. Primaz 1000mg 60) O. Primaz 1000mg 61) O. Primaz 1000mg 62) O. Primaz 1000mg 63) O. Primaz 1000mg 64) O. Primaz 1000mg 65) O. Primaz 1000mg 66) O. Primaz 1000mg 67) O. Primaz 1000mg 68) O. Primaz 1000mg 69) O. Primaz 1000mg 70) O. Primaz 1000mg 71) O. Primaz 1000mg 72) O. Primaz 1000mg 73) O. Primaz 1000mg 74) O. Primaz 1000mg 75) O. Primaz 1000mg 76) O. Primaz 1000mg 77) O. Primaz 1000mg 78) O. Primaz 1000mg 79) O. Primaz 1000mg 80) O. Primaz 1000mg 81) O. Primaz 1000mg 82) O. Primaz 1000mg 83) O. Primaz 1000mg 84) O. Primaz 1000mg 85) O. Primaz 1000mg 86) O. Primaz 1000mg 87) O. Primaz 1000mg 88) O. Primaz 1000mg 89) O. Primaz 1000mg 90) O. Primaz 1000mg 91) O. Primaz 1000mg 92) O. Primaz 1000mg 93) O. Primaz 1000mg 94) O. Primaz 1000mg 95) O. Primaz 1000mg 96) O. Primaz 1000mg 97) O. Primaz 1000mg 98) O. Primaz 1000mg 99) O. Primaz 1000mg 100) O. Primaz 1000mg	SND	10:20 → Paciente, submetido a limpeza cirúrgica e fruição dos tendões. Exatidão de 23 e 4 = PDD, após procedimento, encaminhado para CC e encaminhado para ambiente, em avr.

CONFIDENTIAL

Dr. J. Leonard Lawrence
1000 University Avenue
Chapel Hill, NC 27514

152

Wieso Cristina O. do Nascimento?

卷之三

Ch- pk abomin

sem func. F. presentis

sem Guayaquil

Riso Verde exentoe

437660

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 08:45 SALA 01 DATA 29/08/18

NOME DO PACIENTE Rodrigo Ribeiro da Silva ID 414

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTÉSIA: GERAL () RAQUEANESTESIA 64 LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 09:10 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA 09:30 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 10:15

CIRURGIÃO Dr. Francisco AUXILIAR(ES) Dr. Leonardo do Carmo

ANESTESISTA Dr. George INSTRUMENTADOR Pauli

CIRCULANTE Ec. Nozari ENF. Denise

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5% <u>1</u>	AGULHA DESC Nº <u>40x12</u> <u>1</u>	FIO VICRYL
PIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>200 ml</u>	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO <u>20 BT</u>	FIO PROLENE 4.0 - <u>17</u>
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE <u>27</u> <u>1</u>	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
RMINIO	ASPIRADOR	GAZES <u>200</u>
IRONA	ATADURA GESSADA <u>15 - B1</u>	GELFOAM
ZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15 N.A</u>	GORRO <u>1</u>
UENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
NEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7.0 <u>1</u>
NTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7.5 <u>1</u>
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8.0 <u>1</u>
ROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8.5
FLIN	CATÉTER NASAL TIPO ÓCULOS <u>1</u>	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>1</u> <u>1</u>
TALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>22-1</u>
IOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR <u>20 cm</u>
IOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1</u>
NITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
TRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>20</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
ORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>300</u>
VULON	ELETRODOS <u>05</u>	POVIDINE TINTURA <u>200</u>
OPOFOL	EQUIPO P/ SORO <u>1</u>	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE <u>1</u>
OSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>70 cm</u>	SCALP Nº
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOSEN	SWAB
RO FISIOLÓGICO 0,9% <u>1</u> <u>1</u>	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
RO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
RO RINGER LACTATO <u>1</u>	FRALDA <u>1</u>	SERINGA DE 5 ML <u>1</u>
OPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <u>1</u>
AMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <u>1</u>
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
LUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2-0</u> <u>1</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

CONFORME / H. 1000
CÓPIA
CONFIRMADO

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 09:00	HORÁRIO: 10:00	HORÁRIO:
PA: 207 x 66 mm H+8	PA: 90 x 56 mm H+8	PA:
FC: 79 bpm	FC: 69 bpm	FC:
SPO2: 99%	SPO2: 100%	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: _____

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: RODRIGO PEDRITO DA SILVA

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Lesão Extensora do 2º, 3º, 4º PS
CIQUEADO

CIRURGIA PROPOSTA Tenotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: IDM

CIRURGIA REALIZADA: A ps parte

DATA:

29/08/1985

CIRURGIÃO:

Francisco

1º AUXILIAR:

L. Costa

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

George

ANESTESIA:

Propofol

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

() NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

() NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① Peles habituais e aposição do campo

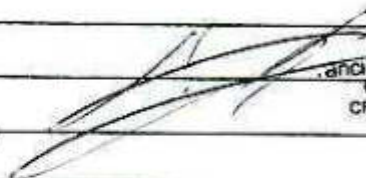
② Ampliação do campo em 2070

(3) Identificação de reato. próximos e distais

(4) Tenção para 20, 30, 40 Tenções EXTENSORES
DO PÔ E TÔQUES

(5) SURTOS POR PLINOS

(6) CONSUMO OCHUVO T TACS


Daniel L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

SAME / MUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	Rodrigo Ribeiro Silva				Idade	Sexo	Cor	Registro / BE
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
Hm	HL	PHb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP
Diagnóstico Pré-Operatório:								
Ap. Resp:			<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite			MV:		
ACV:			ECG: Sinusal			Alegrias: <input checked="" type="checkbox"/>		
Ap. Digestivo/Dentes			Pescoco			Peças Dent.		
Ap. Urinário:			Drogas em Uso:					
Estado Mental: <i>rote</i>			ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			Risco		
Anestésias Anteriores:			Hora:			Efeito:		
Medicação Pré-anestésica:								
HORA:								
GASES	O ₂							
	NO ₂							
	HALOG							
Líquidos		1 SRL / 1 SF1						
SIMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	99	100	100	100			
	240							
	220							
	200							
	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
60								
40								
20								
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização: ECG + pulso + O ₂ - extra				
1º Etomidato 2mg		Sedativo + Respir		Ap. Resp.:				
2º Propofol 10mg		Cirurgia:		Ap. CV:				
3º Fentanilo 50mcg		Cirurgião/Auxiliar:		Ap. CV:				
4º Bupivacaína 0,5%		QBS:		Ap. CV:				
5º Ringer				Ap. CV:				
6º Bupivacaína 0,5%				Ap. CV:				
7º Bupivacaína 0,5%				Ap. CV:				
8º Bupivacaína 0,5%				Ap. CV:				
9º Bupivacaína 0,5%				Ap. CV:				
10º Bupivacaína 0,5%				Ap. CV:				
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):				Dr. <i>[Assinatura]</i> CRM 16386				

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: DO1 PE ESTUDO

História da Doença Atual: HISTÓRIA DO PACIENTE COM PARADOXO
CONTINUANDO NO PA ESTO

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Exame com exames de laboratório

Diagnóstico Provisório: Exame de laboratório
2º, 3º, 4º

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: 12

Francisley F. Freitas
Ondeped
CRM/AC - 751

- 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/ FISILOGIA
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. REC. NASC.

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

SAME / H-28
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

_____, abaixo assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente _____ dando plena autorização aos médicos desde hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro hospital, no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após a alta médica, tão logo lhe seja comunicado.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Assinatura do responsável

Nº do RG _____

TERMO DE ALTA PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na Seção _____ Quarto _____ desde hospital, sem alta médica isento o Corpo Clínico e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade. Assino.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido às disposições do Regulamento Interno desde Hospital, tomo Conhecimento de minha ALTA HOSPITALAR.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 68959
Numero do CNS.....: 898001056582970
Nome.....: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA
Documento.....: CONFIRMOU VERBAL Tipo :
Data de Nascimento: 4/06/1977 Idade: 41 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO DECLARDO
Nome da Mae.....: MARIA RIBEIRO DA SILVA
Endereco.....: RUA DO AREAL 00763
Bairro.....: CORRENTE Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000032323164
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2578532
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 28/08/2018
Hora da Internacao: 23:30
Medico Solicitante: 862.743.252-04 - FATIMA COPARA HAMUDE
Proced. Solicitado: 04.08.05.046-2
Diagnostico.....: S92.9
Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2. CHES

4. CHES

Identificação do Paciente

1. NOME DO PACIENTE

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

11. NOME DA MÃE

13. NOME DO RESPONSÁVEL

15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8. DATA DE NASCIMENTO

9. SEXO

MASC. ☒ FEM. ☐

6. Nº DO PROFISSIONAL

10. RAÇA/COR

12. TELEFONE DE CONTATO

14. TELEFONE DE CONTATO

17. CDD. 18. DE MUNICÍPIO

19. UF

20. CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesões Traumat. extensoras 2° 3° 4°
no quadrado.

22. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Cirúrgico

23. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex. Físico + Rx.

24. DIAGNÓSTICO INICIAL

25. CID 10 PRINCIPAL

26. CID 10 SECUNDÁRIO

27. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Lesão T. extensoras 2°, 3°, 4°

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ternorectomia 2° 3° 4° T. extensoras

29. CLÍNICA

30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31. DOCUMENTO

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

33. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34. DATA DA SOLICITAÇÃO

35. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

28/08/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36. ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO37. ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO38. ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39. CNPJ DA SEGURADORA

40. Nº DO BILHETE

41. SÉRIE

42. CNPJ EMPRESA

43. CNAE DA EMPRESA

44. CBOE

45. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO☐ EMPREGADOR☐ AUTÔNOMO☐ DESEMPREGADO☐ APOSENTADO☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47. CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49. DOCUMENTO

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

51. DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

digitado e impresso em: 30/08/2018 às 12:08:47



REGISTRO

PACIENTE

RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

171

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DVDT ~~28/08/18~~ 29/08/18

LESÃO DOS EXTENSORES 2 3 4 DEDO
PE ESQUERDO

CD. LIMPEZA CIRÚRGICA
TENORRAFIA + TALA GESSADA

PACIENTE REFERE DOR LEVE EM PE
ESQUERDO

FERIDA OPERATORIA COM ESCASA
SECREÇÃO SANGÜÍNEA

ALTA COM INDICAÇÕES DO DR
RONEIDO

NAO PISAR
CURATIVO DIÁRIO
MANTER TALA
ANTIBIOTICOTERAPIA

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML IV 12/12 HRS

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12 HR

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HR

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

8. CUIDADOS GERAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

ALTA COM INDICAÇÕES

Dr. Roneido
Dr. Roneido
CRM 1870

SAVIE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Às 12:08h. Receber
alta hospitalar,
lúcido, orientado,
comunicativo, sem
preocupação. *CD*
Carlos Roberto de Abreu e Silva
Enfermeiro
COREN - AC 395.715



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Pedro Ribeiro da Silva



Lesão no D. P. U. 1

O Sr. supracitado
sofreu lesão de tendões, extensores
2º, 3º, 4º do pé esquerdo. 1º do todo.
Lutamento cirúrgico dia 28/05/18.
Paciente evolui com boa extensão
sem necrose de pele.

cro: 591.3

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 285

Rio Branco - Ac, Q31/2 1701

CARIMBO e ASSINATURA

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1560344

DATA: 28/08/2018

HORA: 22:37

USUARIO: ISABEL

CNS:

SETOR: 03-EMERGENCIA CLINICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

IDADE.....: 41 ANOS

NASC: 00/00/0000

DOC....:

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: RUA AREAL

NUMERO: 763

COMPLEMENTO...: VEIO DE SAMU

BAIRRO: AREAL

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO

UF: AC

CEP....:

NOME PAI/MAE...: NAO INFORMADO

/MARIA RIBEIRO DA SILVA

RESPONSAVEL...: FILHO - MARCOS RODRIGUES

TEL....: 99930-5069

PROCEDENCIA...: AREAL

ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE BICICLETA

CASO POLICIAL.: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg

PULSO: []

TEMP.: []

PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES:

[] RAIO X

[] SANGUE

[] URINA

[] TC

[] LIQUOR

[] ECG

[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

JIRE →



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx Pé Esquerda

- Diclofenaco 75mg (I.M)

- Paracetamol 0,5g (I.M)

- Analgesico Intepredia no Alentejo

21:00, - gema branca
21:00 739.811.

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] 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

CRM-AC-972

28/08/2018

Paciente vítima de acidente de bicicleta, apresenta ferimento no pé esquerdo com provável lesão parietal de tendões.


Enoque P. de Araújo
Médico
CRM-AC-772

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2578532 DATA: 28/08/2018 HORA: 23:07 USUARIO: COSMA
CNS: 707007825688637 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RODRIGO RIBEIRO DA SILVA DOC.: NT
IDADE: 41 ANOS NASC: 04/06/1977 SEXO.: MASCULINO
ENDERECO.: RUA DO AREAL NUMERO: 763
COMPLEMENTO.: BAIRRO: CORRENTE
MUNICIPIO.: RIO BRANCO UF: AC CEP.: 69900-000
NOME PAI/MAE.: NAO DECLARDO /MARIA RIBEIRO DA SILVA
RESPONSAVEL.: FILHO - MARCOS RODRIGO TEL.: 999305069
PROCEDENCIA.: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO.: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: 911FEV 7010

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: / /

paciente com alteração de nível de consciência, trauma de cabeça, tórax e membros superiores, com lesões de pele e fraturas de membros superiores.

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

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

DIAGNOSTICO:

Lesões traumáticas extensas de cabeça, tórax e membros superiores.

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SAL 500mg 8/8h 500 500 OBSERVAR
2) Cefalotina 1g 8/8h 01:27 02:27
3) Dexametasona 1mg 8/8h 01:27 06:30
4) VACINA DT 0,5ml 01:27 02:27

DATA DA SAIDA:

18/08/2018 05:00

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): 056166

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

24:55h paciente vindo do CTAP de cadeia e levado para OBS de trauma para dar continuidade de seu tratamento Tec Enf Gen e Enq.

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES:		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		() 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 3-4 () 0						Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com _____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, punção em () MSE () MSD, local: _____
com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

06:30s cliente responsivo, expulso, diátese espontânea
PA: 110x70 mmHg - tel. 1768

coren nº 7351768

As 08:40 Ps Paciente encaminhado ao CC, em
maca, acompanhado da mãe, atende, referindo
dor em MTE. As cuidados da ortopedia
Priscila Maciel
COREN 1768

Ch- pk abomila
Sem func. F. presentes

Sem Guayxa Filer
Riso W de exen/ae

437660

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 08:45 SALA 01 DATA 29/08/18

NOME DO PACIENTE Rodrigo Ribeiro da Silva ID 414

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTÉSIA: GERAL () RAQUEANESTESIA 64 LOCAL () OUTROS ()

INÍCIO DA ANESTESIA 09:10 TÉRMINO DA ANESTESIA _____

PROCEDIMENTO REALIZADO _____

INÍCIO DA CIRÚRGIA 09:30 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 10:15

CIRURGIÃO Dr. Francisco AUXILIAR(ES) Dr. Leonardo do Carmo

ANESTESISTA Dr. George INSTRUMENTADOR Pauli

CIRCULANTE Ec Nozari Zions ENF Denise

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5% <u>1</u>	AGULHA DESC Nº <u>40x12</u> <u>1</u>	FIO VICRYL
PIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>200 ml</u>	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO <u>20 BT</u>	FIO PROLENE <u>4.0 - 17</u>
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE <u>27</u> <u>1</u>	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
RMINIO	ASPIRADOR	GAZES <u>200</u>
IRONA	ATADURA GESSADA <u>15 - 17</u>	GELFOAM
ZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15</u> <u>17</u>	GORRO <u>17</u>
UENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
NEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7.0 <u>1</u>
NTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7.5 <u>1</u>
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8.0 <u>1</u>
ROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8.5
FLIN	CATÉTER NASAL TIPO ÓCULOS <u>1</u>	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>17</u>
TALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>22 - 1</u>
IOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR <u>20 cm</u>
IOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>17</u>
NITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
TRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>20</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
ORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>300</u>
VULON	ELETRODOS <u>05</u>	POVIDINE TINTURA <u>200</u>
OPOFOL	EQUIPO P/ SORO <u>1</u>	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE <u>1</u>
OSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>70 cm</u>	SCALP Nº
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOSEN	SWAB
RO FISIOLÓGICO 0,9% <u>17</u>	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
RO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
RO RINGER LACTATO <u>1</u>	FRALDA <u>1</u>	SERINGA DE 5 ML <u>1</u>
OPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <u>1</u>
AMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML <u>1</u>
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
LUVEN 6%	FIO MONONYLON <u>2.0</u> <u>1</u>	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

CONFORME / H...
CÓPIA
CONFORME

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 09:00	HORÁRIO: 10:00	HORÁRIO:
PA: 207 x 66 mm H+8	PA: 90 x 56 mm H+8	PA:
FC: 79 bpm	FC: 69 bpm	FC:
SPO2: 99%	SPO2: 100%	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: _____

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: RODRIGO PEDRITO DA SILVA

IDADE: _____ OBSERVAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO: Lesão Extensora do 2º, 3º, 4º PS
ELONGADO

CIRURGIA PROPOSTA Tenotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: IDM

CIRURGIA REALIZADA: A ps por

DATA: 29/08/1995

CIRURGIÃO:

Francisco

1º AUXILIAR:

L. Costa

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

George

ANESTESIA:

Proprioativa

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

() NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM

() NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

① Peles HALLSTADT e APOSIÇÃO DO TAMPÃO


② AMPLIAÇÃO DO TAMPÃO em 2570

(3) Identificação de reato. próximos e distantes

(4) Tensão fixa 20, 30, 40 Tensões EXTENSORES
DO PÓ ELEVADOR

(5) SURTIUM POR PLANO

(6) CARGA OCH/00 T PAS


André L. Freitas
Ortopedista
CRM/AC - 751

SAME / NUBB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Rodolfo Ribeiro Silva</u>		Idade	Sexo	Cor	Registro / BE			
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI								
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP
Diagnóstico Pré-Operatório:								
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV:		ECG: <u>Sinusal</u>		Alegrias: <u>0</u>		
Ap. Digestivo/Dentes		Pescoço		Peças Dent.				
Ap. Urinário:		Drogas em Uso:						
Estado Mental: <u>rote</u>		ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		Risco				
Anestésias Anteriores:		Hora:		Efeito:				
Medicação Pré-anestésica:								
HORA:								
GASES	O ₂							
	NO ₂							
	HALOG							
Líquidos		<u>1 SRL / 1 SF</u>						
SIMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂	<u>99 100 100 100</u>						
	240							
	220							
	200							
	180							
	160							
	140							
	120							
	100							
	80							
60								
40								
20								
DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica: <u>Sedação + Rápida</u>		Monitorização: <u>ECG + pulso</u>				
1º <u>Cloridrato de Propofol 2%</u>		Cirurgia: <u>Enteroctomia</u>		Ap. Resp.: <u>+ O₂ - extra</u>				
2º <u>Cloridrato de Fentanila 0,01%</u>		Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Carlos</u>		Ap. CV:				
3º <u>Cloridrato de Sufentanila 0,005%</u>		OBS: <u>manter nível adequado</u>						
4º <u>Ringer</u>								
5º <u>Bupivacaína 0,5%</u>								
6º								
7º								
8º								
9º								
10º								
		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):						

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.

[illegible]



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: DO1 PE 67661110

História da Doença Atual: HISTÓRIA DE TUBERCULOSE COM PARACETAMOL
CONTINUANDO NO PO 676

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Leve de com expectorados brancos

Diagnóstico Provisório: Doença Tuberculosa extensa
2º, 3º, 4º

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: 12

Francisley J. Freitas
Ondoped
CRM/AC - 751

- 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/ FISILOGIA
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. REC. NASC.

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

SAME / H-28
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

_____, abaixo assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente _____ dando plena autorização aos médicos desde hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro hospital, no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após a alta médica, tão logo lhe seja comunicado.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Assinatura do responsável

Nº do RG _____

TERMO DE ALTA PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na Seção _____ Quarto _____ desde hospital, sem alta médica isento o Corpo Clínico e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade. Assino.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido às disposições do Regulamento Interno desde Hospital, tomo Conhecimento de minha ALTA HOSPITALAR.

_____-AC, _____ de _____ de 20____

Responsável: _____

Nº do RG: _____

Testemunha: 1 _____

2 _____

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 68959
Numero do CNS.....: 898001056582970
Nome.....: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA
Documento.....: CONFIRMOU VERBAL Tipo :
Data de Nascimento: 4/06/1977 Idade: 41 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO DECLARDO
Nome da Mae.....: MARIA RIBEIRO DA SILVA
Endereco.....: RUA DO AREAL 00763
Bairro.....: CORRENTE Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000032323164
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2578532
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 28/08/2018
Hora da Internacao: 23:30
Medico Solicitante: 862.743.252-04 - FATIMA COPARA HAMUDE
Proced. Solicitado: 04.08.05.046-2
Diagnostico.....: S92.9
Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

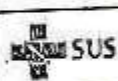
Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2. CHES

4. CHES

Identificação do Paciente

1. NOME DO PACIENTE

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)

4. DATA DE NASCIMENTO

8. SEXO
Masculino ☒ Feminino ☐

6. Nº DO PRONTO-SOLDO

10. RAÇA/COR

10.1. ETNIA

11. NOME DA MÃE

13. NOME DO RESPONSÁVEL

15. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12. TELEFONE DE CONTATO

14. TELEFONE DE CONTATO

17. CDD. IBGE MUNICÍPIO

18. UF

19. CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Lesões Traumat. extensoras 2º, 3º, 4º
no punho.

21. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento cirúrgico

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

Ex. Físico + Rx.

23. DIAGNÓSTICO INICIAL

24. CID 10 PRINCIPAL

25. CID 10 SECUNDÁRIO

26. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tendão 2º, 3º, 4º P. extensoros

28. CLÍNICA

29. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31. DOCUMENTO

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

30. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34. DATA DA SOLICITAÇÃO

35. ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39. CNPJ DA SEGURADORA

40. Nº DO BILHETE

41. SÉRIE

36. () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37. () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38. () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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. CDD. ÓRGÃO EMISSOR

48. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49. DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

51. DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

digitado e impresso em: 30/08/2018 às 12:08:47



REGISTRO

PACIENTE

RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

171

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DUOT ~~28/08/18~~ 29/08/18

LESÃO DOS EXTENSORES 2 3 4 DEDO
PE ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRÚRGICA
TENORRAFIA + TALA GESSADA

PACIENTE REFERE DOR LEVE EM PE
ESQUERDO

FERIDA OPERATORIA COM ESCASSA
SECREÇÃO SANGÜÍNEA

ALTA COM INDICAÇÕES DO DR
RONEIDO

NAO PISAR
CURATIVO DIÁRIO
MANTER TALA
ANTIBIOTICOTERAPIA

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML IV 12/12 HRS

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 12/12 HR

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HR

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

8. CUIDADOS GERAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

ALTA COM INDICAÇÕES

[Handwritten signature]
Dra. Dilma Almeida
Enfermeira e Farmacêutica
CRM 1870

SAÚDE / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Às 12:08h. Receber
alta hospitalar,
lúcido, orientado,
comunicativo, bem
spalhado. *[Signature]*
Carlos Roberto de Abreu e Silva
Enfermeiro
COREN - AC 395.715



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Pedro Ribeiro da Silva



Lesões no D. punho

O Sr. supracitado
sofreu lesão de tendões, extensores
2º, 3º, 4º do ps. esquerdo. 1º do lado
Lactante cirurgico dia 28/05/18.
Paciente evolui com boa extensão
sem necrose de pele.

cro: 591.3

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 285

Rio Branco - Ac, Q31/2 1701

CARIMBO e ASSINATURA



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Lauro

Atento que o Sr. Rodrigo Ribeiro da Silva sofreu acidente de trânsito no dia 28/8/18 apresentando lesão traumática dos tendões extensores dos dedos do pé esquerdo, lesão bilateral da coluna por fratura.

Exo VI com exames de lesão traumática de 15 cm na região anterior do tornozelo (E), hipotrofia da pontinha (E), lesão fratura no flexão dorsal e plantar no tornozelo (E) e redução da força muscular do membro posterior e posterior de lesão deficiente. no MIE e de alta médica

DATA: 5/4/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Silvano C. Silva
Médico Ortopedista
CRM 483-AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 3223-4608



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: 434.977.302-97 Nome completo da vítima: Rodrigo Ribeiro da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Rodrigo Ribeiro da Silva CPF: 434.977.302-97
 Profissão: _____ Endereço: R. do Areal Número: 786 Complemento: _____
 Bairro: Areal Cidade: Rio Branco Estado: Acre CEP: 69906-083
 E-mail: _____ Tel (DDD): (68) - 99930.5069

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: 0534 CONTA: 01300138901 2
 (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 reconhecimento da 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 documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não implica concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2 n FEV 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (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, 19 de Fevereiro de 2018

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO
Rodrigo Ribeiro da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Declaração de Acidente de Trânsito Nº 483/2018**

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: 28/08/2018 HORA: 23:30
LOGRADOURO: AV AMADEO BARBOSA
BAIRRO: AREIAL CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PROX A ROTATÓRIA – FRENTE A IGREJA NOVA UNÇÃO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: _____ MARCA: _____ MODELO: _____ ESPÉCIE: _____
RENAVAM: _____ CHASSI: _____ COR: _____ UF: _____
PROPRIETÁRIO: _____ CPF: _____
ENDEREÇO: _____ CIDADE: _____

3. DADOS DA VÍTIMA

() CONDUTOR () PASSAGEIRO (X) CICLISTA () PEDESTRE
NOME: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 04/06/1977 PROFISSÃO: FERREIRO
CPF: 434.977.302-97 RG: 239882 ORG.: SSP/AC
NATURALIDADE: RIO BRANCO NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL COMPLETO
REGISTRO DA CNH: 04131523284 CATEGORIA: AB VALIDADE: 20/09/2022 UF: AC
ENDEREÇO: RUAL PRICIPAL DO AREIAL Nº763 CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito, Sr. RODRIGO RIBEIRO DA SILVA ele relata que no dia, local e horário supramencionados o mesmo estava em sua bicicleta sentido bairro/centro e um veículo de placa não identificada vinha sentido centro/bairro fez a rotatória vindo a colidir com o mesmo. A vítima informa que foi levado ao PS por uma unidade móvel do SAMU conforme BE Nº 2578532.

Rodrigo R. da Silva
DECLARANTE



NOME: PAULA XAVIER RG: 3873
POSTO/GRAD: CB/PM MATRÍCULA: 9294090-1 OPM: BPTRAN
DATA: 12/09/2018 HORA: 08:36
ASSINATURA: *Paula Xavier*

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

SAMU

192

FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192

Data Emissão: 31/08/2018

Hora emissão: 09:19

Operador:

Nº da Ocorrência

1808280105

Qtd. Vítimas

1

D/Hr Início: 28/08/2018 21:52

D/Hr Término: 28/08/2018 23:05

Classificação de Risco: VERMELHA (BAIXO RISCO)

Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS

Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X BICICLETA

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:

End.: R AV AMADEU BARBOSA

Bairro: AREAL

Cidade: RIO BRANCO

CEP:

Ponto de Referência: EM FRENTE A IGREJA / PROXIMO A ROTATORIA SENTIDO RECANITO DOS BURITIS



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Solicitante: (63) 959071875

Outros:

Origem da Informação: PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome Paciente: RODRIGO RIBEIRO DA SILVA	Idade: 41 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12
	Avaliação: COLISAO CARRO X BIKE LOTE UTILIZADO NGA PERDA DE CONSCIENCIA FCC EM DORSO DE PE ESQUERDO ESTAVEL	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Intercomência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEICULO		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2018 22:12	Situação: F

Intercorrência

Observação

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 2	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equip: 28/08/2018 22:19
	Dt./Hr. Saída Base: 28/08/2018 22:19	Dt./Hr. Chegada Local: 28/08/2018 22:20
	Dt./Hr. Saída Local: 28/08/2018 22:20	Dt./Hr. Chegada Destino: 28/08/2018 22:20
	Dt./Hr. Saída Destino: 28/08/2018 22:59	Dt./Hr. Chegada Base: 28/08/2018 23:54

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:52		WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:53	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	ESPERA
WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	28/08/2018 21:54	WILLYAN GABRIEL LOPES M. DE ALMEIDA	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 21:55	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 22:12	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA
MEDICO	28/08/2018 22:15	MEDICO	EM FILA
GABRIELA CORDEIRO	28/08/2018 22:49	GABRIELA CORDEIRO	EM FILA

