

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 traumática de 15 cm na regiao anterior de tornozelo, limitação para a dorsiflexão do tornozelo a 20 graus e para a flexão 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.

Diagnóstico: lesão dos tendões extensores dos dedos do pé esquerdo

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

Tratamento: Cirúrgico para tenorrafia e fisioterapia.

Alta: dezembro de 2018

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

Exame físico: MIE: cicatriz da lesão traumática de 15 cm na região anterior do tornozelo, limitação para a dorsiflexão do tornozelo a 20 graus e para a flexão 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 físico 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás 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 Luis Silverio Cabanillas
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: 31/08/2015

Hora emissão: 09:19

Operador:

Nº da Ocorrência
1808280105Qtd. Vítimas
1Dt/Hr Início: 28/08/2015 21:52
Dt/Hr Término: 28/08/2015 23:05Classificação de Risco: VERDE(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 / PRÓXIMO A ROTATÓRIA SENTIDO RECAUTO DOS BURITIS



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Solicitante: (65) 9990-71875

Quinxa:

Origem da Chamada: SAMU PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente: 1 rodrigo ribeiro da silva Classificação: Endereço:	Idade: 41 ANO(S) CNS:	Sexo: MASCULINO Documento:
--------------------	---	--------------------------	-------------------------------

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Avaliação: COLISAO CARRO X BIKE LOTE UTILIZADO NEGA PERDA DE CONSCIENCIA FIC EM DORSO DE PE (ESQUERDO ESTAVEL)	Data/Hora: 28/08/2015 22:12
--------------------	---	-----------------------------

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Decisão: Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO Profissional: GABRIELA CORDEIRO Intervenção: Conservação:	Data/Hora: 28/08/2015 22:12	Situação: F
--------------------	---	-----------------------------	-------------

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2015 22:12	Situação: F
--------------------	---	-----------------------------	-------------

Intercorrência
Observação

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 2	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 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

Efetuante do 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
CNS:DATA: 28/08/2018 HORA: 22:37 USUARIO: ISABEL
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...: 99930-5065
 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:

JIRE →



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- Rx Ré Esquedo
- Diclofenaco 75mg (FM)
- Vitamina Q5ml (FM)
- Atenolol 10mg/dia no JIRE

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORA DA SAIDA: :
 [] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Assinatura do Arquivo
 ENFERMEIRO MEDICO
 CRM AC 972

28/08/2018

Paciente Jútima de accidente de
bicicleta, apresenta ferimento no pé
esquerdo com provável fratura parcial
de tendões.


Enoque P. de Araújo
Médico
CRM-AC-772

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/FEV 2010

PA [] mmHg PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [] SPO2 []
EXAM.COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
... com febre de levo, dor dos olhos
do ombro e ninfete forte no dorso

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

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

DIAGNOSTICO:

Two teachers expense for jedes of us

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

①	SRL 500ml & 8186500 500	OBSSC review
②	Cefotaxime 1gm & 61000127	Dose turn → 06:30am
③	Ampicillin 1gm & 61000127	→ 06:30am
④	Vaccines DT 0, IMe 27	→ 90 8:45am

DATA DA SAIDA: 18/47 5000 VERS 17 HORA DA SAIDA:
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): OCSLF CG

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): COPA ORIGEM
ORITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS FAMILIA CEP ANAT PATOL.

OBITIO: [] ATE 48HS [] APQS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATOLOGICO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

○ Nietz tew a paatr díu h^o 02⁰⁰.
174:55h paciente vindo do atendimento de cadeira
e roda para o BS da trauma, parou da
entimuidade de seu tratamento tec Emf gewe
zino + Enx. 1

HUEB
Hospital Universitário
Educação e Pesquisa

ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTÓCOLO DE MANCHESTER
 () CLÍNICO
 () ODONTO
 () PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE								IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR								Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm	
	ESCALA DE DOR	() 10	() 8-9	() 7	() 5-6	() 1-4	() 0	Glicemias:	mg/dL
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)		HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		Glasgow: Alterado () Não alterado ()		
RECLASSIFICAÇÃO								HORÁRIO:	

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/intercorrelâncias:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As ____:

 SANRE / HUEB
 Cópia
 CONFORME ORIGINAL

06:30hs cliente gspurmo, expuivo, disse espontaneamente
 PAC 110x70 mm Hg - tel Ermanode
 edem ve 73x176

As 08:40 hs paciente encaminhado ao CC, em
 maca, acompanhado da mãe, ortoges, referindo
 dor em RTÉ. Nas cuidados da Ortopedia Priscila NC
 COREN 18310



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

NovoAcre
Diversificada propriedade

49

UNIDADE: P.S
NOME: Wendell Ribeiro IDADE: 14 B.E.: OBSERVAÇÃO C.C.B. LEITO: Não

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
29-03-13		O Dopte Gant	SMO	10:00 → paciente suspeito de cimose em urgência e ferida na mão tendões extensores deles houve suspeita de fratura aberta.
		O SNC 500mg	SC 12PM 300 500 500	02 22:30 04 = PDD, agas procedimento, encaminhado a esse paciente com os ambientes, higiene e AP.
		O Refletor 100%	SC 6:00 AM 10:00	04
		O Oxygent 40%	SC 10:00 AM	04 10:00h. administrado mais ccs, líquido.
		O SFC 10% 1000cc	SC 12:00 PM	04 TBC, acom- panhado.
		O Fazenda 1000cc	SC 12:00 PM	TBC, acom- panhado.
		O HTE 500ml	SC 12:00 PM	04
		O SNC 300	SC 16:00	04 16:00 - Excluiu dem intercorrência renal olgia intema, mictorios
		O SNC 300	SC 16:00	04 16:00 - Excluiu dem intercorrência renal olgia intema, mictorios

11 London Central
Area of the Region
ON 387 XC

Intercorrência regular
algia intensa márcio
c.p.m.

Ch - pk. carbon
ben fine & presentos

Sem queixa
Riso ligeiro de crente
497660

SAME / MUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO.

HORA DE CHEGADA 08:45 SALA 07 DATA 29/08/18
 NOME DO PACIENTE Rodrigo Ribeiro da Silva ID 514
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA 64 LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 09:10 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO _____
 INÍCIO DA CIRURGIA 09:30 TÉRMINO DA CIRURGIA 10:15
 CIRURGÃO Dr. Francisco AUXILIAR(ES) Dr. Leonardo contraíra
 ANESTESISTA Dr. George INSTRUMENTADOR Ysseli
 CIRCULANTE Tec Nozari ENF Cláudia

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40X12 /	FIO VICRYL
PIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO 20 X 1	FIO PROLENE 4.0 - 17
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27 /	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
RMINIO	ASPIRADOR	GAZES 200
IRONA	ATADURA GESSADA 15 - 91	GELFOAM
ZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 X 17	GORRO □
UENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
NEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 /
VITANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 /
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 /
DROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
FLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS /	LUVA P/ PROCEDIMENTO □ /
TALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 22 - 1
TOCAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR 80 cm
TOCAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA □
NITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
TRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 20	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
DRFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE 300
VULON	ELETRODOS 05	POVIDINE TINTURA 200
OPOFOL	EQUIPO P/ SORO /	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE □
OSTIGMINE	ESPARADRAPO 70 cm	SCALP N°
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOR	SWAB
DRO FISIOLÓGICO 0,9% □ /	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
DRO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
DRO RINGER LACTATO /	FRALDA /	SERINGA DE 5ML /
DENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML /
RAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML /
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
DJUVEN 6%	FIO MONONYLON 2-0 /	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

CONFIRMADO

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 09:00	HORÁRIO: 10:00	HORÁRIO:
PA: 707 x 66 mmHg	PA: 90 x 56 mmHg	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 / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATÓRIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Ronílio Trindade da Silva

IDADE: OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Lerão Extensora do 2º, 3º, 4º Pó
eloculado

CIRURGIA PROPOSTA Tenotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Tom

CIRURGIA REALIZADA: A proposito

DATA:
29/08/1991

CIRURGIÃO: Franco Corrêa

1º AUXILIAR:

L. Corrêa

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

George

ANESTESIA:

Sedativa

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO SIM NÃO

Descrição:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO SIM NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA CT RESIDÊNCIA ÓBITO

Descrição Cirúrgica

(1) Perito monitoria e aponta ao tempo

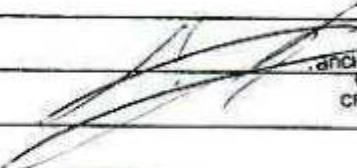
(2) Amputação do dedo em 25 cm

③ Identificação e ceto proximal e distal

④ Técnica fixo 20°, 30°, 40° Pancer Extensor 20°
do PÓ extensor

⑤ Sutura PON Palcos

⑥ Cerrado óctavo e traçado


Antônio L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

SAME / NUEB
CPIA
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:	<i>Rodrigo Henrique Silveira</i>					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 (lpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh	
Hm	HL	Hb	Leuc	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório:									
Ap: Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:					
ACV:	ECG: <i>sinus</i>					Alegrias:	<i>+</i>		
Ap. Digestivo/Dentes	Pescoço					Peças Dent.			
Ap. Urinário:	Drogas em Uso:								
Estado Mental:	<i>20/20</i>					ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco		
Anestesias Anteriores:						Hora:	Efeito:		
Medicação Pré-anestésica:									
HORA:	<i>11:11</i>								
GASES	O ₂								
	NO ₂								
	HALOG								
Líquidos	<i>1 SRZ / 1 SF1</i>								
SÍMBOLOS	V Pressão Arterial / O Pulo / X Anestesia / O Cirurgia	Respiração							
	<i>(X) SpO₂</i>	97	100	100	100	100	100	100	
	240								
	220								
	200								
	180								
	160								
	140								
	120								
	100								
	80								
	60								
	40								
	20								
DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:	<i>Sevofl + Ropiv</i>						Monitorização: <i>ECG, DOP, SpO2</i>	
1º <i>Sevofl + Ropiv</i>	Cirurgia:	<i>Intercostal 12/13</i>						Ap. Resp.: <i>+</i>	
2º <i>Sevofl + Ropiv</i>	Cirurgião/Auxiliar:	<i>Intercostal 12/13</i>						Ap. CV:	
3º <i>Sevofl + Ropiv</i>	OBS:	<i>Intercostal 12/13</i>							
4º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
5º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
6º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
7º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
8º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
9º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
10º <i>Sevofl + Ropiv</i>		<i>Intercostal 12/13</i>							
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): <i>Dr. George P. P. 16386</i>									

OBS.

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA ± 20% do nível pré-anestésico	2
	PA ± 20% a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA ± 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperga quando chamado	1
	Não Responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Sat O ₂ > 92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter Sat O ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

PONTUAÇÃO DO PCTE 8 ANTES DE RECEBER ALTA DA PPA

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente saudável.
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.



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor per abdominal

História da Doença Atual: História da doença com pernação contorcendo no dia 09

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Laringe com exponíveis turbinas

Diagnóstico Provisório: Febre de origem extrema
2º, 3º dia

Diagnóstico Definitivo: Francisco J. Freitas
Oncopedia
CRM/AC - 751

Motivo da Cobrança: 12 SAME / HOSPITAL
CONFORME CÓPIA ORIGINAL

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente _____, abaixo

medicos 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

Ameu 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
Municipio.....: 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		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CHES 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CHES 4 - CHES	
Identificação do Paciente			
4 - NOME DO PACIENTE 5 - NOME DA MÃE 6 - N° DO PRONTO-CAIXA 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)		8 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> 9 - RACA/COR 10 - ETNIA	
11 - NOME DO RESPONSAVEL 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, Bairro) 13 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA		12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - N° DO TELEFONE 14 - TELEFONE DE CONTATO 15 - N° DO TELEFONE	
16 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF 18 - CEP 19 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Lesão Traumatizada extensora 2º 3º 4º pe esquerdo.			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento cirúrgico			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Es RHD + Rx			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Lesão T. extensora 2, 3, 4º		24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Técnica lio 2, 3, 4º T. extensora			
28 - CLÍNICA 29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		30 - DOCUMENTO () CNIS () CPF 31 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/08/18	
34 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
35 - 1 ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - 1 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 37 - 1 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 38 - VINHOL COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N° DO BILHETE 41 - SÉRIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBO	
45 - AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR 48 - DOCUMENTO () CNIS () CPF 49 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

SAMÉ J HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



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

REGISTRO PACIENTE

RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

HUERB
Laboratório Clínico

IDADE
41

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
171

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
----------	------------	---------	-------------------------

DIA/TMOS 28/08/18	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 12/12 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66/MH 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% 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 DIARIO ALTA COM INDICACOES ALTA COM INDICACOES ALTA COM INDICACOES RONEIDO	12:08h, <i>Spelber</i> <i>Atte Hospitalar,</i> <i>Juádo, Orientado,</i> <i>Comunicativo, bem</i> <i>aparecendo.</i> <i>Cássio Roberto de Abreu e Silva</i> <small>Enfermeiro</small> <small>COREN-AC 395.715</small>	Dr. Cássio Roberto de Abreu e Silva <small>Ortopedia e Traumatologia</small> <small>CRM-AC 1670</small>
-------------------	--	---	--

SAME | MUERB
CÓPIA
ORIGINAL
CONFORME



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Rodrigo Reisiro da Silva



Franco do Povo

O Sr. supracitado
sofre lesão de tendões extensores
2º; 3º; 4º do pé esquerdo. 1º lotado
Lutameto cirúrgico dia 28/08/15.
Paciente evolui com boa extensão
sem necrose de pele.

CAB: 591.3

Francislei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 281

Rio Branco - Ac, 03/12/2015

CARIMBO e ASSINATURA

BR 364 KM - 02 Distrito Industrial Fone: (068) 3226-4653 - Cep: 69914-220 - Rio Branco - Acre
e-mail: dirclinica.fundace@acer.gov.br

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

NO. DO BE: 1560344
CNS:DATA: 28/08/2018 HORA: 22:37 USUARIO: ISABEL
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...: 99930-5065
 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:

JIRE →



ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- RX Ré Esquedo
 - Diclofenaco 75mg (IM)
 - Titânio 0,5ml (IM)
 - Atenolol 10mg Intropedra no fáverb.

DATA DA SAIDA: / /

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Assinatura: op. de Araguia
 ASSINATURA E ENTRADA DO MEDICO
 CRM-AC-372

28/08/2018

Paciente Jútima de accidente de
bicicleta, apresenta ferimento no pé
esquerdo com provável fratura parcial
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/FEV 2010

PA [] mmHg PULSO [] TEMP.[] PESO[] FCG[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[]RAIO X[]SANGUE[]URINA[]TC[]LIQUOR[]ECG[]ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/

DBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTÉNSA]

DIAGNOSTICO:

teros Tendens extensio dissipatae vel exalte

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
① SRL 500mg ev 8/18h 500 500	OBSC6 evacs
② Cefaclor 1g evs 01/01/27 07:00 - 06:30h	07:00 -
③ Dapivirine 1g ev 6/01/27 01:00	06:30h
④ VACINA DT 0,5ml 07 → 00:00	00:00

DATA DA SAIDA: 18/4/75 000 VERSIM HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO / INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): OCSLF CG

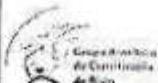
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): CORPO ORIGEM SANGUE
OBITO: ATÉ 48HS APOS 48HS FAMILIA PESSOAS ANAT. PATOL.

100% COTTON

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

○ Nietz tew a paate oit h^o 02^o ;
174:55h paciente vindo do atendimento de cadeira
e roda para o BS da trauma, parou da
entrevista de seu tratamento tec Enf geve
zino + Enqce.



NOME DO PACIENTE								IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL								COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR								Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X mmHg	Temp.:	°C	Sat. O ₂ :	%	P脉:	bpm	
	ESCALA DE DOR	10	8-9	7	5-6	4-5	3-4	Glicemias: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)			HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		Glasgow: Alterado () Não alterado ()		
RECLASSIFICAÇÃO									HORÁRIO:

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 ____:

*SANRE / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL*

06:30hrs cliente gspn, expns, dnm espontaneamente
 PAC 110x70 mmHg - tel grande

codex nr 7351765

As 08:40hrs paciente encaminhado ao CC, em
 maca, acompanhado da mãe, ortog, referindo
 dor em MTE. Os cuidados da ortopedia Priscila
 COREN 181110



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

NovoAcre
Diversified agribusiness

40

UNIDADE: PS
NOME: Wendy Oliveira IDADE: 14 B.E.: OBSERVAÇÃO: CCB LEITO: HOT

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
29-07-13		OP. de Crat	SNO	10:30 → paciente submetido à limpeza cirúrgica e tenue- dura das tendões extensores de dedos sobre o seg. de dedos. O p.º 1º dedo foi liberado. 25/09 retirada da sonda de drenagem. 04/10 ambulante. N.º cr. apt. 1234.
		OP. de Crat	04	10:30h. Admitida para cir. cir. (limpeza). O paciente foi intubado, comence- do o procedimento. 12/10/04. Tbc. acord- ado. — (P), paciente. — (P), Cats Roberto de Almeida Silve- ri, ENFERMEIRO COREN-AC 395.715
		OP. de Crat	30	16:30. Encolhe dem intercorrência, revisão olgia intensa, mictócio
		CONFORTE		

31
J. London
Inst of Econ
1974
200

✓

algia intura mediot

Ma Cristina O. do Município

Ch - pk. convive
ben fine & presento

Sem Guerra
Kiso Ode Cenobio
197660

SAME MATERIA
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO.

HORA DE CHEGADA 08:45 SALA 07 DATA 29/08/18
 NOME DO PACIENTE Rodrigo Ribeiro da Silva ID 517
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA 64 LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 09:10 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO _____
 INÍCIO DA CIRURGIA 09:30 TÉRMINO DA CIRURGIA 10:15
 CIRURGÃO Dr. Francilie AUXILIAR(ES) Dr. Leonardo contraíra
 ANESTESISTA Dr. George INSTRUMENTADOR Giseli
 CIRCULANTE Tec Nozari ENF Almeida

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
PIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40X12 /	FIO VICRYL
PIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 200 ml	FIO ALGODÃO
PIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO 20 X 17	FIO PROLENE 4.0 - 17
LAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27 /	FORMOL
LAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
RMINIO	ASPIRADOR	GAZES 200
IRONA	ATADURA GESELLADA 15 - 91	GELFOAM
ZEPAN	ATADURA DE CREPON 15 X 17	GORRO □
UENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
PAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
NEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 /
VITANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 /
ROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0 /
DROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
FLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS /	LUVA P/ PROCEDIMENTO □ /
TALAR	CERA OSSEIA	LÂMINA DE BISTURI 22 - 1
TOCAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR 80 cm
TOCAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA □
NITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
TRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 20	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
DRFINA	DRENO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE 300
VULON	ELETRODOS 05	POVIDINE TINTURA 200
OPOFOL	EQUIPO P/ SORO /	POVIDINE TÓPICO
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE □
OSTIGMINE	ESPARADRAPO 70 cm	SCALP N°
IFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPORÉ	SWAB
DRO FISIOLÓGICO 0,9% □ /	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
DRO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
DRO RINGER LACTATO /	FRALDA /	SERINGA DE 5ML /
DENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML /
AMAL	FITA CARDIÁCA	SERINGA DE 20 ML /
ATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
DUVEN 6%	FIO MONONYLON 2-0 /	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

CONFORME / *SENNE / V*

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 09:00	HORÁRIO: 10:00	HORÁRIO:
PA: 107 x 66 mmHg	PA: 90 x 56 mmHg	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 / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Ronizio Trindade da Silva

IDADE: OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Lerão Extensora do 2º, 3º, 4º Pó
extensoro

CIRURGIA PROPOSTA Tenotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Tom

CIRURGIA REALIZADA: O proposito

DATA:
29/08/1991

CIRURGIÃO: Franco Corrêa

1º AUXILIAR:

L. Corrêa

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

George

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

ANESTESIA:

Regina Teixeira

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO SIM NÃO

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO SIM NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA CT RESIDÊNCIA ÓBITO

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

(1) Perito monitoria e aponta ao tempo

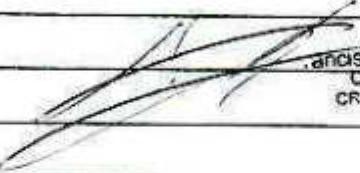
(2) Ampliação do fôrato an 20 cm

③ Identificação e ceto proximal e distal

④ Técnica fixo $20^{\circ}, 30^{\circ}, 40^{\circ}$ Puxador Extensor do dedo
do polegar

⑤ Suporte para dedos

⑥ Cossaco aberto e fechado


Francisco L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

SAME / NUEVA
COPIA
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:	<i>Rodrigo Henrique Silveira</i>		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 (lpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
Hm	HL	Hb	Leuc	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP
Diagnóstico Pré-Operatório:								
Ap: Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	Complacência:				
ACV:	ECG: <i>sinus</i>					Alegrias:	<i>φ</i>	
Ap. Digestivo/Dentes:	Pescoço					Peças Dent.		
Ap. Urinário:	Drogas em Uso:							
Estado Mental:	<i>20/20</i>					ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco	
Anestesias Anteriores:						Hora:	Efeito:	
Medicação Pré-anestésica:								
HORA:	<i>11:11</i>							
GASES	O ₂							
	NO ₂							
	HALOG							
Líquidos	<i>1500 / 1500</i>							
SÍMBOLOS	Respiração							
V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia								
DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:		Monitorização:					
1º <i>Efektor 2芬</i>	<i>Sedag + Rogni</i>		<i>ECG / Dres +</i>					
2º	Cirurgia:		<i>+ CO2 - epco2</i>					
3º <i>Desmetomidina 0.05 μg/kg/min</i>	<i>Intercardíaca Yc 60</i>		Ap. Resp.:					
4º <i>Propofol 1芬</i>	Cirurgião/Auxiliar:		Ap. CV:					
5º <i>Feudag 0.05芬</i>	<i>monitri de coxim</i>							
6º <i>Rogni</i>	OBS:							
7º								
8º <i>Bupivaceta 0.5芬</i>								
9º	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):		<i>Dr. George P. L. 16386</i>					
10º								

OBS.:

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Apnéia	0
CIRCULAÇÃO	PA ± 20% do nível pré-anestésico	2
	PA ± 20% a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA ± 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto	2
	Desperga quando chamado	1
	Não Responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Stt O ₂ > 92%, respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter SatO ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

PONTUAÇÃO DO PCTE 8. ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente saudável.
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.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor per abdominal

História da Doença Atual: História da doença com pernação contorcendo no dia 09

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Laringe com exponível

Diagnóstico Provisório: Febre de origem extrema

Diagnóstico Definitivo: Francisco J. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

Motivo da Cobrança: 12 SAME / HOSPITAL

- 11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-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.

CONFORME /
CÓPIA /
ORIGINAL /

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO
RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS
DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente _____, abaixo

medicos 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

Ameyu 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
Municipio.....: 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

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				3 - CHES				
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CHES				
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONUFAMÓ				
Rodrigo Ribeiro da S. Puc				68959				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	10 - RACA/COR		
				4/06/77	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino		
11 - NOME DA MÃE				12 - FONE DE CONTATO				
Mara Ribeiro da S. Puc				13 - N.º DO TELEFONE				
14 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)				14 - FONE DE CONTATO				
Rua. do Parque 763 Corrente				15 - N.º DO TELEFONE				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	18 - UF	19 - CEP		
Rio Branco				AC		58000-000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO								
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS								
Leio T. extensores 2 ^o 3 ^o g.								
pe esquema.								
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO								
Traumatismo crônico								
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)								
Ex RX + Tx.								
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
Leio T. extensores 2 ^o 3 ^o g.								
PROCEDIMENTO SOLICITADO								
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
Terapêutico 2 ^o 3 ^o g. T. extensores								
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	32 - N.º DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		
				<input type="checkbox"/> CNIS <input type="checkbox"/> CPF		28/08/18		
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				35 - DATA DA SOLICITAÇÃO				
				36 - CNPJ DA SEGURADORA				
				37 - CNPJ EMPRESA				
				38 - CNAE DA EMPRESA				
				39 - SÉRIE				
40 - N.º DO BILHETE				41 - SÉRIE				
42 - CNPJ DA EMPRESA				43 - CNAE DA EMPRESA				
44 - CBOR								
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
() EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR				47 - CÓD. ORGÃO EMISOR				
() AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO				48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
() APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO								
AUTORIZAÇÃO								
49 - DOCUMENTO				50 - N.º DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
<input type="checkbox"/> CNIS <input type="checkbox"/> CPF								
51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)								
52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR								
53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO								

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



REGISTRO PACIENTE

RODRIGO RIBEIRO DA SILVA

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

HUERB

Laboratório Clínico

IDADE
41

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
171

Evolução	Prescrição	Horário	Anotações de Enfermagem
----------	------------	---------	-------------------------

DIUT 28/08/18

LESAO DOS EXTENSORES 2 3 4 DEDO
PE ESQUERDO

CD: LIMPEZA CIRURGICA
TENORRAGIA + TALA GESSADA

PACIENTE REFERE DOR LEVE EM PE
ESQUERDO

FERIDA OPERATORIA COM ESCASA
SECRECAO SANGUINELTA

ALTA COM INDICACOES DO DR
RONÉIDO

NAO PISAR
CURATIVO DIARIO
MANTER TALA
ANTIBIOTICOTERAPIA

1. DIETA VO LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 12/12 HRS
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 66/M
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12 HR
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 12/12 HR
6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS
7. CUIDADOS GERAIS
8. CURATIVO DIARIO
9. ALTA COM INDICACOES

*Dr. Edilson Hamade
Oft. Ortopedista Traumatologista
CRM-AC 1670*

*Já 12:08h, paciente
até hospitalar,
Juizido, orientado,
comunicativo, com
apetite.*

*Cássio Roberto de Abreu e Silva
Enfermeiro
COREN-AC 395.715*

*SAME | MUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL*



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Rodrigo Reisiro da Silva



Franco do P. Vaz

O Sr. supracitado
sofre lesão de tendões extensores
2º; 3º; 4º do pé esquerdo. 1º dia feito
lvtamento cirúrgico dia 28/05/15.
Paciente evolui com boa extensão
sem nenhuma lesão.

CAB: 591.3

Francislei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 261

Rio Branco - Ac, 03/12/2015

CARIMBO e ASSINATURA

BR 364 KM 102 Distrito Industrial - Fone: (068) 3226-4653 - Cep: 69914-220 - Rio Branco - Acre
E-mail: clinica.fundace@acer.br.gov.br



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Laura

Mastro 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 direito, foi
atendido e encaminhado para Favela.

Exame com exames dos ferimentos
traumáticos de 15 dias na região anterior
do tornozelo (E), hipotensão arterial sistêmica
(E), unidade funcional no flexor plantar e
plantar do tornozelo (E) e redução da
força muscular do membro.
portante e portador de apoplexia definitiva.
no MIE e de alta médica

DATA: 5/4/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

Dr. Silverio C. Silveira
Ortopedista
Maceió - AL

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 Hilário da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Rodrigo Hilário da Silva

Profissão:

Endereço:

CPF:

434.977.302-97

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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: 0534

CONTA: 01300138901 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reembolso da indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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 invalidade permanente, sem a apresentação da documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de efeitos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa automática concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



2 n FEV 2019

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Iniciativa
Digital da
Vítima ou
Beneficiário
Iniciativa da
Seguradora

Local e Data: Rio Branco - AC, 19 de Fevereiro de 2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

**D E T R A N
A C R E**

**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
POLÍCIA MILITAR
DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



Declaração de Acidente de Trânsito N° 483/2018

**COMUNICAMOS A V. S^E QUE NESTA DATA COMPARCEU 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 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
NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURALIDADE: RIO BRANCO

GRAU DE INSTRUÇÃO: FUNDAMENTAL COMPLETO
REGISTRO DA CNH: 04131523284 CATEGORIA: AB VALIDADE: 20/09/2022 UF: AC
ENDEREÇO: RUAL PRINCIPAL DO AREIAL N°763 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 N° 2578532.

Rodrigo R. da Silva
DECLARANTE



NOME: PAULA XAVIER	RG: 3873	
POSTO/GRAD: CB/RM	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: 31/08/2015

Hora Emissão: 09:19

Operador:

Nº da Ocorrência
1808280105Qtd. Vítimas
1Dt/Hr Início: 28/08/2015 21:52
Dt/Hr Término: 28/08/2015 23:05Classificação de Risco: VERDE(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 / PRÓXIMO A ROTATÓRIA SENTIDO RECAUTO DOS BURITIS



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS

Telefone do Solicitante: (65) 9990-71875

Quinxa:

Origem da Chamada: SAMU PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente: 1 rodrigo ribeiro da silva Classificação: Endereço:	Idade: 41 ANO(S) CNS:	Sexo: MASCULINO Documento:
--------------------	---	--------------------------	-------------------------------

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Avaliação: COLISAO CARRO X BIKE LOTE UTILIZADO NEGA PERDA DE CONSCIENCIA FIC EM DORSO DE PE (ESQUERDO ESTAVEL)	Data/Hora: 28/08/2015 22:12
--------------------	---	-----------------------------

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Decisão: Destino: UPA 24 HORAS DO 2 DISTRITO Profissional: GABRIELA CORDEIRO Intervenção: Conservação:	Data/Hora: 28/08/2015 22:12	Situação: F
--------------------	---	-----------------------------	-------------

Vítima 1	Profissional: GABRIELA CORDEIRO Decisão: ENVIO DE VEÍCULO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: GABRIELA CORDEIRO	Data/Hora: 28/08/2015 22:12	Situação: F
--------------------	---	-----------------------------	-------------

Intercorrência
Observação

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 2	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 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

Efetuante do 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

