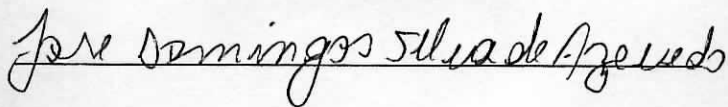


PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO, Brasileiro, Solteiro, pedreiro, Inscrito, no CPF sob Nº674.088.262-20, RG:Nº458803SSP/AC, Residente e domiciliado na Rua, Jeronimo, nº75, Bairro: Boa Vista, CEP:69912-138 Cidade de Rio Branco – Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906, com endereço profissional na Via Chico Mendes, n.º 3570, sala 05 (Auto Posto Amapá), Corrente, CEP 69906-119, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qualquer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 26 de outubro 2017.



DECLARAÇÃO

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO, Brasileiro, Solteiro, pedreiro, Inscrito, no CPF sob Nº674.088.262-20, RG:Nº458803SSP/AC, Residente e domiciliado na Rua, Jeronimo, nº75, Bairro: Boa Vista, CEP:69912-138 Cidade de Rio Branco – Acre, Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

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

Rio Branco – Acre, 26 de outubro 2017.

Jose Domingos Silva de Azevedo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
572164230

PROIBIDO PLASTIFICAR
572164230

NOME
JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
458803 SSP AC

CPF
674.088.262-20

DATA NASCIMENTO
19/03/1979

FILIAÇÃO
JOAO GOMES DE AZEVEDO
GUIOMAR VIEIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
A13

Nº REGISTRO
04237560160

VALIDADE
22/05/2017

Nº HABILITAÇÃO
20/11/2007

OBSERVAÇÕES

Jose Domingo Silva de Azevedo
ASSINATURA DO PORTANTE

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
24/05/2012

Sawano Leite de Sá P. Carvalho
Diretora Geral
ASSINATURA DO EMITENTE

94895865612
AC403730309



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 3ª REGIONAL - 3ª DPCR
Endereço: RIO GRANDE DO SUL, S/Nº - AEROPORTO VELHO - 69903-420 , Fone:
3225-6220.

OCORRÊNCIA Nº: 2409/2015 - Registrado em 14 de Maio de 2015 às 11:53h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 24/03/2015 às 11:00hs, Terça-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município:	Rio Branco	Estado:	AC
Logradouro:	ESTRADA DA SOBRAL	Nº:	CEP: 69900-000
Bairro:	SOBRAL	Tip de Local:	VIA URBANA
Referência:	Proximo ao Colégio João Paulo		

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO (36), do sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Pedreiro, em geral, RG Nº: 458803/SSPAC, CPF: 674.088.262-20, nascido em 19/03/1979, natural de Marechal Thaumaturgo - AC, PAI: JOAO GOMES DE AZEVEDO e MÃE: GUIOMAR VIEIRA DA SILVA, Endereço: R. LAGOINHA, 29 - TRAVESSA PRIMAVERA - Bairro: BAHIA NOVA - CEP: 69909-000 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9954-5408.

VEÍCULO(S)	TP. DE ENVOLVIMENTO	EXAMES SOLICITADOS
Placa: MZY-4696	Apurar	
Cor: LARANJA		
Modelo/Marca: CG 150 TITAN EX/HONDA		

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O comunicante veio nos informar que na data supramencionada, sentido bairro/centro e na altura do local próximo a Escola João Paulo, foi efetuar uma manobra de desviar de um servidor da SENSUR. Quando veio perder o controle após frenagem e deslizou, momento que caiu da motocicleta, chegando a lesionar a sua perna. O mesmo nos comunicou para que sejam tomadas as providências cabíveis.

THIAGO FERNANDES DUARTE
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EVERALDO DOS SANTOS ARAUJO
ATENDENTE

Jose Domingos Silva de Azevedo
JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
COMUNICANTE



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

Página 1 de 3

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

[At. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Nº Laudo

16.0604.09.17

Solicitante

Delegacia de Polícia Civil da
3ª Regional

Informações da Vítima

Nome Completo:

JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

RG:

458803 SEPC/AC

Endereço Completo:

Rua Gerônimo, n.º 75, bairro Boa Vista, cidade de Rio Branco-AC



IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: **JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO**

Página 2 de 3

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local: **Estrada da Sobral , bairro sobral, cidade de Rio Branco-AC**

Data do Acidente: **24/03/2015**

Avaliação do Médico Perito Legista

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoa com o veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Prej.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometidas;
R: **Membro inferior esquerdo.**

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.
R: **Fratura da tíbia esquerda.**

III) Há indicações de algum tratamento (em curso, prescrito, as ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim b) ☒ Não

Se SIM, descreva(as) medida(s) terapêutica(s) indicadas(s):
R: **XX.**

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ Disfunções apenas temporárias.

b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

R: **Submetido a cirurgia ortopédica. Hipertrofia. Perda de força muscular.**

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ Sim, em que prazo:

b) ☒ Não.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: **JOSÉ DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO**

(Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.)

Página 3 de 3

VI) Segundo previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesões(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, e o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firma a sua graduação:

Segmento Corporal Acometido: **Membro inferior esquerdo.**

a) ☐ **Total** (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ **Parcial** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em que se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) ☐ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redenção introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1ª LESÃO: **Fratura da tíbia esquerda.**

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa.

2ª LESÃO: **xxx.**

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa.

3ª LESÃO: **xxx**

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa.

4ª LESÃO:

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa.

Observações: Havendo mais de quatro sequelas permanentes quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R:

Rio Branco-AC, 28 de setembro de 2017.

Dr. Paulo Jesus Cesar
Médico Legista
CRM/AC 795



Digitado e conferido por: Poliana.

IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-52





PREVIDÊNCIA SOCIAL
Ministério da Previdência e Assistência Social
Instituto Nacional de Seguro Social

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 19018646698

Número do Benefício: 6153163347

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 175090476

Ao Sr.(a): JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

Endereço: JERONIMO, BOA VISTA

CEP: 69912138

Município: RIO BRANCO

UF: AC

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: não constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 03/08/2016, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 11 de agosto de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RIO BRANCO CENTRO **Endereço:** AV GETULIO VARGAS 647 , CENTRO

CEP: 69900060 **Município:** RIO BRANCO

UF: AC

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 11 de agosto de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: RIO BRANCO CENTRO
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 175090476
BENEFÍCIO Nº 6153163347
(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

(NOME DO SEGURADO)

458803

38831 / 4

19018646698

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Auxílio - Doença e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 11/08/2016

Hora: 08:20

Endereço:

AV GETULIO VARGAS 647

CENTRO

RIO BRANCO - AC

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Rio Branco, 11 de agosto de 2016

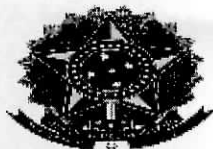
[Assinatura]
Nome/Cargo/Assinatura
Téc. Previd. (Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

[Assinatura de Jose Domingos Silva de Azevedo]
Ass. do Requerente/ Rep. Legal



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 19018646698

Número do Benefício: 6145654531

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 173636958

Ao Sr.(a): JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

Endereço: JERONIMO, BOA VISTA

CEP: Município: RIO BRANCO

UF: AC

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Indeferimento do Pedido

Motivo: Não Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 01/06/2016, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, a incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias respectivamente, contados da data do recebimento desta comunicação.

Data: 03 de junho de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RIO BRANCO BOSQUE Endereço: R ALVORADA 271 , BOSQUE
CEP: 69900664 Município: RIO BRANCO UF: AC

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 03 de junho de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal

**COMUNICAÇÃO DE DECISÃO****NIT:** 19018646698**Número do Benefício:** 6153163347**Espécie:** 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 175090476**Ao Sr.(a):** JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO**Endereço:** JERONIMO, BOA VISTA**CEP:** 69912138**Município:** RIO BRANCO**UF:** AC**Assunto:** Pedido de Reconsideração de decisão**Decisão:** Indeferimento do Pedido**Motivo:** Inexistência de Incapacidade laborativa**Fundamentação Legal:** Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991. Art. 71 do Decreto Nº 3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006.

Em atenção ao seu Pedido de Reconsideração, apresentado no dia 12/08/2016, informamos que não foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que não foi constatada, em exame realizado pela perícia médica do INSS, incapacidade para o seu trabalho ou para a sua atividade habitual.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social, dentro do prazo de 30 (trinta) dias contados da data do recebimento desta comunicação

Data: 16 de agosto de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS**Agência da Previdência Social:** RIO BRANCO CENTRO **Endereço:** AV GETULIO VARGAS 647 , CENTRO**CEP:** 69900060 **Município:** RIO BRANCO**UF:** AC

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 16 de agosto de 2016

Assinatura do Requerente / Representante Legal



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

fls. 19

Paciente: _____

Lauda

Atento que o Sr. José Domingos Silva
de AZEVEDO é portador de Sequela
de pé cavo (C), Sequela de fratura
tibia distal (C) e Sequela de
ferida corte-contusão tornozelo (C).
apresenta limitação funcional por
o trauma e apriso do membro, e
hipótese decentrada perna e.
necessita apoiar-se dos apoios
atividades laborativas por tempo
indeterminado.

CID: Q66.7 / T93.2 / T93.5

DATA: _____

05/08/16

Assinatura
José L. Silveira
Médico Ortopedista
CRM 483-AC
ASSINATURA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

fls. 20

Paciente:

Jose Domingos Silva de Azevedo

LAUDO: AO INSS

O Sr. supracitado encontra-se em tratamento ortopédico de Fratura de Tíbia. Boa evolução no tratamento conservador. Prévisto a alta para 60 dias.

At: S82

Francislei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

DATA:

14/09/2015

CARIMBO

ASSINATURA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

fls. 21

Paciente:

João Domingos Silva de
Azevedo

Idade: 10 ANOS

O Sr. supracitado sofreu
Fratura de tíbia a esquerda
no mês de março de 2015. Ado-
tando tratamento cirúrgico - fixação
externa - e logo tratamento conservador
com - aparelho vesado. Atualmente
sintomático; Radiografias de consolidação
óssea e ausência por traumática. Doente
no Serviço de Fisioterapia.

CRB: 582

01/19

Francisley L. Freitas
Oxopédia
CRM/RG 751

DATA: ____/____/____

CARIMBO

ASSINATURA

SEM DATA



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

fls. 22

Paciente:

João Domingos Silva de Azevedo

Laudo:

O Sr. supracitado encontra-se
em tratamento de Fratura de
Tibia. Atualmente aguarda
procedimento cirúrgico. Sem previsão
de alta

CRB: 582

DATA 20/04/2015

CARIMBO

ASSINATURA

LAUDO DE RADIOGRAFIA

Paciente: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

Ident. 15792

Médico (Solicitante): Dr.(a) FRANCISLEI FREITAS

Data: 09/01/2016

Sexo: Masculino

Idade: 36a, 9m, 21d

Convênio: SUS

RX-PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO:

Alteração morfoestrutural interessando o terço distal da tibia e terço proximal da fibula compatível com fratura antiga calcificada.

Alterações degenerativas envolvendo a articulação tibiotársica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

LAUDO DESCRITIVO.

RIO BRANCO – AC, 13 de janeiro de 2016

Dr(a). DRA^o MAIRA SANTANA
CRM/AC C.R.M. 118



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150463727 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO PROGREVAT (MBM) Serviços Técnicos Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

CPF/CNPJ: 67408826220

Posição em 11-08-2017 11:17:36

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

SINISTRO 3150871643 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO PROGREVAT (MBM) Serviços Técnicos Ltda

BENEFICIÁRIO JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

CPF/CNPJ: 67408826220

Posição em 11-08-2017 11:17:36

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/10/2015	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 1999968 DATA: 30/08/2013 HORA: 17:58 USUARIO: FATIMA
CNS: 703402123572700 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO DOC....: CNH
IDADE.....: 34 ANOS NASC: 19/03/1979 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA JOAO JOSE II NUMERO: 75
COMPLEMENTO....: BAIRRO: BOA VISTA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: JOAO GOMES DE AZEVEDO /GUIOMAR VEIRA DA SILVA
RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 9984-4258
PROCEDENCIA....: SOBRAL AMIGO
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: ___/___/___

VINDO DE OUTRA CIDADE

1/2 de 1/2

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

1/2 - Freq. 1/2 de 1/2

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Prescrição a / m. c. c.

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):

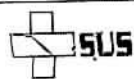
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIAR [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

César Pan
MEDICO
CRMG 385

CÓPIA
Conforme o Original
HUP



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 26

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUEFE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Lúcio de Fátima

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

69223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Guimar Ueira da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua - João José II nº 15 Boa Vista

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

AC 69900-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente com sintomas de
doença de Alzheimer.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

paciente com Alzheimer.

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

Dr.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença de Alzheimer A

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Lúcio de Fátima

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

20/08/13

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

Dr. Lúcio de Fátima
CRM 30.000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

CÓPIA
Conforme o original
HUEFE

POVO
do AÇÚCAR
SERVIÇO DE TODO CONSUMIDOR

cc: B LEITO: 157

[illegible]

COPY
Confirmed Original

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

2/11/2019

História da Doença Atual:

Vinte e dois dias de doença

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Exame físico normal

Diagnóstico Provisório:

Infecção de pele

Diagnóstico Definitivo:

1/11/2019

Motivo da Cobrança:

17

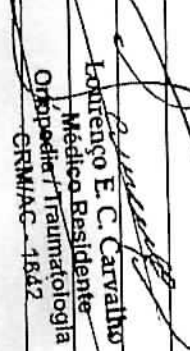
- 11-ALTA CURADA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARÁCT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 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/ BÉRCARIO
- 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. DA RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRÚRGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRÚRGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/ OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA DO RECÉM-NASCIDO

CÓPIA
Conforme o Original
RUBICA

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
09.09.13	4 finalizada de hora do 1º MTC (E) bem-sucedido	1) Bilefacil 300 a partir 22h 2) 500.07. 500ml de 6/6h 3) Riquina 100 de 6/6h 4) pilsa 10 mg de 6/6h S/N 5) omeprazol 40 mg de 1x/dia 6) captopril 25mg de 2x/dia 7) Cuidados Gerais	22h	At 10:22h 06:10 22h 06:10 S/N 06:10
		09.09.2013 - Solicito na farmácia para na farmácia, 01 abacete de 20, 01 gaurina, 01 parol, 010. Narguê 680. 196. 09.09.2013 - Paciente de difícil acesso - abacete, me 20. Narguê 680. 196 - 11 09.13.00 de 10:30 na farmácia 14.00 de 11:18. matino 09.00 a 11.00. pacis precisando receber 19 na 14.00 de 11:18.		


 Lourenço E. C. Carvalho
 Médico Residente
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM/AC - 1642

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

MEDICAÇÃO

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

ACIDENTES E INCIDENTES

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

180 mg/ml povidone
Clobetasol as appropriate and topical
corticosteroids
Also may want MT 100F
Povidone at night
Chlorine bleach & hot water
SUN / WIND
That's about

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 69223
Numero do CNS.....: 703402123572700
Nome.....: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
Documento.....: CON VERBAL Tipo :
Data de Nascimento: 19/03/1979 Idade: 36 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOAO GOMES DE AZEVEDO
Nome da Mae.....: GUIOMAR VEIRA DA SILVA
Endereco.....: RUA JOAO JOSE II 00075
Bairro.....: BOA VISTA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000099844258
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2204891
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0009
Data da Internacao: 24/03/2015
Hora da Internacao: 12:00
Medico Solicitante: 542.544.772-87 - ROGER MILAN CHAVEZ PEREZ
Proced. Solicitado: 04.08.05.060-8
Diagnostico.....: S82.7
Identif. Operador.: MARINA CLAUDIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

COO. 129908022
N. AFH. 121510011338-9

C O P I A
Conforme Original



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 33

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

33 - 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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Med. Rui Pires
CPF: 737.571.877-68
Revisor de Prontuário

Conforme Original

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2204891 DATA: 24/03/2015 HORA: 11:53 USUARIO: AMALIA
CNS: 703402123572700 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO DOC...:
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 19/03/1979 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RUA PRIMAVERA NUMERO: 29
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: BAHIA NOVA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 99999-999
 NOME PAI/MAE...: JOAO GOMES DE AZEVEDO /GUIOMAR VEIRA DA SILVA
 RESPONSAVEL...: ESPOSA - FRANCINETE SOUZA TEL....: 9985-4835
 PROCEDENCIA...: JOAO PAULO
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[120 X 80 mmHg] PULSO[71] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[97]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente sofreu queda de moto, a moto caiu sobre sua perna esquerda. Deformação da (sua) perna esquerda.

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Folb 400g IV.
transal 100g IV.
350,9g 100g

12:00

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 [] IMPL [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/07/2019 às 15:02, sob o número 07078266820198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0707826-68.2019.8.01.0001 e código 225BF5D.

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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 104

IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Reg. Definitivo....: 69223
Numero do CNS.....: 703402123572700
Nome.....: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO
Documento.....: CNH Tipo :
Data de Nascimento: 19/03/1979 Idade: 34 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOAO GOMES DE AZEVEDO
Nome da Mae.....: GUIOMAR VEIRA DA SILVA
Endereco.....: RUA JOAO JOSE II 00075
Bairro.....: BOA VISTA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000099844258
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

PAROQ. DA ULTIMA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2000159
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 041.0157
Data da Internacao: 31/08/2013
Hora da Internacao: 19:15
Medico Solicitante: 308.064.022-53 - JOSE LEONARDO CONTREIRAS ZURITA
Proced. Solicitado: 04.08.02.034-2
Diagnostico.....: S62.5
Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SATDA

INFORMACOES DE SAIDA
Proc.Realizado: 0408020342 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA
Dt.Hr Saida: 31/08/2013 19:15
Especialidade:
Tipo de Saida: Alta
CID Principal: S625 FRATURA DO POLEGAR
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

COPIA
Conforme a Original
HURE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERB

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Domingo Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2204891

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

703402123572700

8 - DATA DE NASCIMENTO

1/1

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + Deformidade na perna

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fibula / Tibia

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CNAE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

NOME: JOSE DOMINGO SILVA

IDADE 36 REGISTRO A2X891

ENFERMARIA 1305 LEITO

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
30/03	HTA. T2 T1b1a / Fibula Esg	(1) DRETA 2520 M paratire 22:00	SUD	At 16:00hs Relato ci valores de 18 e grupo trabalho. Trabalho. Paza 10:07:19:00 CEF 123500 OBS: 123500
		(2) STQ 9% 500ms / 08h.30m		OBS: 123500 OBS: 123500
		(3) Dipiro 19 6/06		OBS: 123500 OBS: 123500
		(4) Curipazol 1900 / obs de		OBS: 123500 OBS: 123500
		(5) Curiback 6000	31-03	8:30 at. Fisio.

Roslan Samudio
Fisioterapia
CREFIT09-3896 LTF



PACIENTE: 128891 - 4

JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO

CONVÊNIO: SUS

DATA: 31/03/2015

HORA: 10:46

NRO PRESCRICAO: 137380 NRO REQ. FARM: 749673

LEITO: 110 F

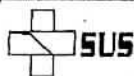
PRESCRIÇÃO MÉDICA	QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
1 DIETA LIVRE	UN 1			SND
2 SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS 1	EV	6 X 6	16:25 04
3 DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP 1	EV	6 X 6	15:22 04
4 SERINGA C/AG 10 ML	UN 1	EV	6 X 6	
5 AGUA DESTILADA 10 ML	AMP 1	EV	6 X 6	
6 TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP 1	EV	8 X 8	14:22 06
7 SERINGA C/AG 3 ML	UN 1	EV	8 X 8	
8 SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS 1	EV	8 X 8	
9 SERINGA C/AG 20 ML	UN 1	EV	8 X 8	
10 AGUA DESTILADA 10 ML	AMP 2	EV	8 X 8	
11 SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS 1	EV	12 X 12	18:06
12 ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP 1	EV	8 X 8	14:22 06
13 SERINGA C/AG 20 ML	UN 1	EV	8 X 8	
14 AGUA DESTILADA 10 ML	AMP 2	EV	8 X 8	
15 CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	AMP 1	EV	6 X 6	16:25 04
16 SERINGA C/AG 20 ML	UN 1	EV	6 X 6	
17 AGUA DESTILADA 10 ML	AMP 2	EV	6 X 6	
18 CURATIVO	UN 1			

010418 AMM

JOSE ROBERTO OLIVEIRA
CRM 373

EVOLUÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/07/2019 às 15:02, sob o número 07078266820198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0707826-68.2019.8.01.0001 e código 225BF5E.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUGBO

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H5J

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Domingos Silva de Azevedo

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fractura da base do 1º metatarsiano esquerdo
(BONE -)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

do acrílico

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

Ex. Fratura e Radiográfico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fr. 1º MTC (E) - Distal

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

Ortopedia

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

05/07/14

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

Lothário E. C. Carvalho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC - 1642

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

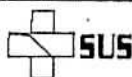
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUGENB

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HST

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Domingos Silva de Azevedo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da base do 1º metacarpo esquerdo
(BENNET)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Ans. acuminada

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

EX. físico e radiográfico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fr 1º MTC (E) - Bennett

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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)

Dr. Francisco Leal

05/09/13

Assinatura do Dr. Lourenço E. C. Carvalho

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

REGISTRO PACIENTE IDADE 51
CARLOS ALBERTO CASSINO DE SOUZA CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B
LEITO 163

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX/LUX CABEÇA DE RADIO E

PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL, ORIENTADO E LUCIDO, COM TALA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO PERFUSAO NO MEMBRO SUPERIOR PRESENTE

- 1. DIETA LIVRE 5ND
- 2. SF 0.9% 500ML IV 24H 5ND
- 3. DIPIRONA 1G IV 6/6H 5ND
- 4. OMEPRAZOL 40MG IV DIA 5ND
- 5. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 5ND
OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H 5ND
MEDICACOES S.O.S

- 10. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N
- 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg

CUIDADOS GERAIS
12. CURATIVO 1X DIA

*Atta por Indicação
Dr. Francisco*

*8h - Realizei o banho
de aspersão. Tala do
Membro do Membro
Superior Esquerdo, ficando
limpo e seco. Queixo
Clínico estável, T.C.
Resolvido com 43446-
474, batido. ODR
hospitalar. T.C. 60x18
50334C*

Dr. Leunam Silva Ramos
Fisioterapia NASF
Esp. Ortopedia e Fisioterapia
CRM: 10.000.000

- Elevação do membro;
- Exerc. Isométrico;
- Ouleto. Acetum.

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

fls. 43

Queixa Principal: _____

DOR + Limitação Funções

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: *Deformidade do Acetábulo*

Diagnóstico Provisório: *Fx cabeça Rádio*

Diagnóstico Definitivo: *O mesmo*

Motivo da Cobrança: *1 2*

- 11-ALTA CURADA
- ☒ 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/ FISIOLÓGIA
- 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 24HS. 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 248 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. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 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

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NAC. PS. UNICAD, 700, - BOQUEIRÃO - CEP: 69090-000 - Tel.: 223 3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO (EME)
Requisicao: 15.PC.2.003839
Num. do BE. 02204891

Idade...: 36A
Requis.: 25/03/2015

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemoglobina (em milhões/l):... 4,62 mm3
Hematócrito:..... 14,18 g/dL
Hemoglobina:..... 41,00 %
Hematócrito:..... 27,80 %
Hemoglobina:..... 32,30 %
Hemoglobina:..... 36,20 %

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
VP: H:1 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 86 %
VR: 10 a 34 %
VR: 31 a 36 %

LEUCOGRAMA

Hemoglobina:..... 10,000 /mm3
Hematócrito:..... 0 %
Hemoglobina:..... 0 mm3
Hemoglobina:..... 2 %
Hemoglobina:..... 200 mm3
Hemoglobina:..... 0 %
Hemoglobina:..... 0 mm3
Hemoglobina:..... 0 %
Hemoglobina:..... 0 %
Hemoglobina:..... 1 %
Hemoglobina:..... 100 mm3
Hemoglobina:..... 75 %
Hemoglobina:..... 7,500 mm3
Hemoglobina:..... 18 %
Hemoglobina:..... 1,800 mm3
Hemoglobina:..... 4 %
Hemoglobina:..... 100 mm3
Hemoglobina:..... 0 %
Hemoglobina:..... 0 mm3
Hemoglobina:..... 0 %

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VP: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Formado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA - CPF RO/AC 41 25/ 3/15 às 08:34 Coleta: 25/03/15 às 06:14-1a. Via Impressa: 25/03/15

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Plaquetas:..... 173.000 /mm3

VR: 150 a 400.000 / mm3

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Microquímica
CRPAC 008

Formado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA - CPF RO/AC 41 25/03/15 às 08:32 Coleta: 25/03/15 às 06:14 1a. Via Impressa: 25/03/15



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
Sala de Recuperação Anestésica (Pontuação)

Paciente: Jose Domingos Silva de Azevedo
Nº. Aptº.:
Data: 10-09-13
Cirurgia: Fratura em - Fract. Bermet
Inicio: 13:45 h
Término: 14:10 h

Pontuação Final:
Cirurgião:
Enfermeiro(a): Marilene
Anestesista: W. P. S. S. S.
Tipo de Anestesia: Preco + Venoso

Após

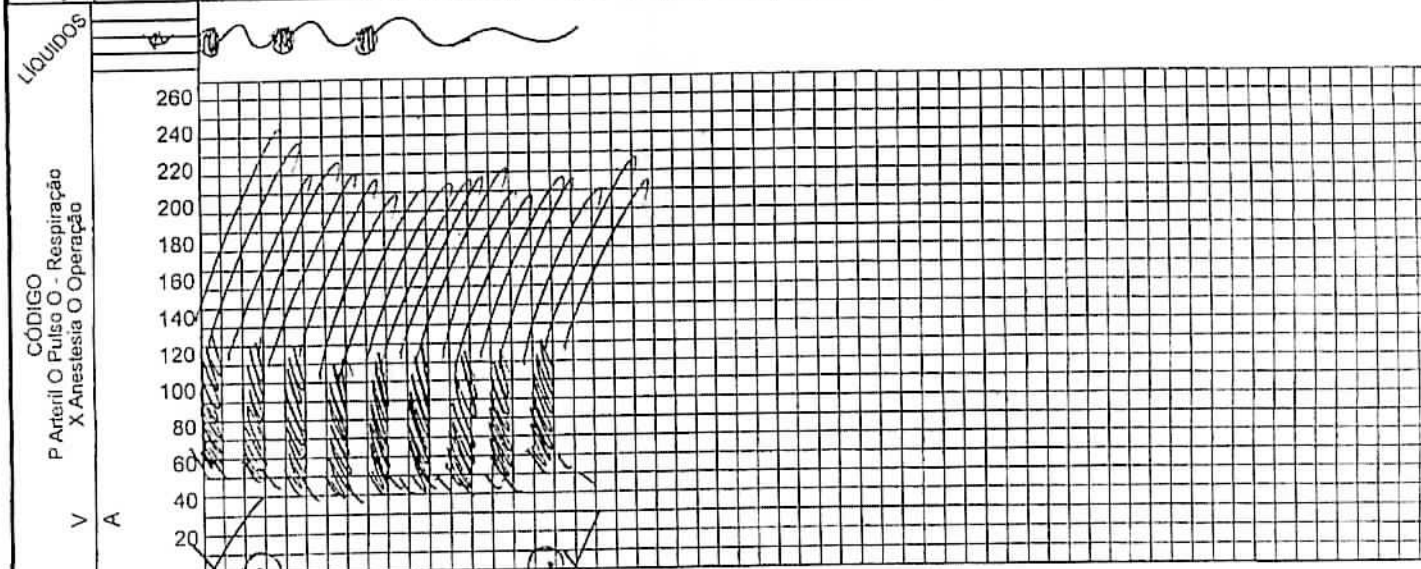
Item de Avaliação	Pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração : -Capacidade de respirar profundamente e tosse -Esforço respiratório limitado -Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	2			
Circulação: Pressão arterial Sistólica: ->80% do nível pré-anestésico -50 à 80% do nível pré-anestésico -<50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2			
Nível de Consciência: -Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço) -Acorda quando chamado pelo nome -Não responde o comando	2 1 0	2			
Coloração: -coloração e aparência normais da pele -coloração da pele alterada: Pálida, escura, manchada, icterico. -cianose evidente	2 1 0	2			
Atividade muscular: -capacidade de movimentar todas extremidades; -capacidade de movimentar -se duas extremidades. -incapacidade em controlar qualquer extremidades	2 1 0	2			
Total					
*Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.					
*Horário de Liberação.					
*Assinatura do Enfermeiro <u>Marilene</u> 296.368 AC.					
*Assinatura do Médico Anestesiologista:					

Nº PRONTUÁRIO

DATA 10.09.13.	NOME João Domingos	Apt./Enl.	Conv.
IDADE 34 anos	SEXO masculino	COR branco	ALTURA 1,70m
PESO 60kg	GRUPO SANG. -	PA 130x80 mmHg	PULSO 86
TEMP -	RESP 16 rpm		

HORA	GASES
07:30	O ₂ 6L/min

ECG	SÃO (%)	C.O ₂ exp
	98 99 99 99 98 99	



Ventilação	Espontânea	Assistida	Controlada
Monitorização	SIM	NAO	
Cardioscópio	(X)	()	Analizador de gases
Oxímetro	(X)	()	T. O. F
Pani	(X)	()	Estetoscópio
Capnógrafo	(X)	()	P. A. I.

TÉCNICA	pleco + sedação
CIRURGIA	cul. melhora -> nt cirurgico
CIRURGIÕES	João Roberto + Francisco

RAQUIANESTESIA:	NAO
-----------------	-----

Bloqueios	X - monitorização + revisão de venoclise venoclise 1 - antisepsia + assepsia; 2 - punção subaracnóidea mediana paramediana em agulha Quincke, descartável, saída de líquido claro turvo, aparentemente normotenso hipotenso hipertenso, ausência presença de parestesia, tentativa + injeção de mg de bupivacaína 3 - hiperbálica 0,5% sobálica 0,5% + morfina mg. 4 - ropivacaína 2g IV; Dipirona 2g IV; Terbutalina 40mg IV; Ondansetrona 4mg IV; Oxitocina 20 UI no soro; Dexametasona 10 mg IV; outros:
Anestesia	intermittente + bolus + Ketarol 50 + Nihl 4mg 6. meclon 5mg + tiopental 2mg 7. propofol 30mg



HOSPITAL SANTA JULIANA

fls. 48

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário	Convênio	Data	Apt/Letto	Sala
128891-2	SUS	30.09.2013	109-C	05
Paciente	Cirurgia			Circulante
Jose Domingos Silva de Azevedo	Frat. Eug. Frat. Bernut Jose Roberto			Elizabete
Anestesista	Tipo Anestesia	Hora Entrada S. O	Aux.	Instrum.
Arlessom	Albino + venose	13,20-13,25	Frederico	Rosemilda
		Hora Saída S. O		
		13,45-14,50		

Materials	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 45x21		ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15		ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm 15		ÁLCOOL 70%	100 ml	BIST. MONOPOLAR	sim
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sim
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	50 mg 1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA		OXIGÊNIO	sim
COMPRESSA	12	DOLANTINA 9 ml	1	OXIMETRO	sim
COTTONOIDE		DORMONID		R.P.A	
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS Nº		ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 2 ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 4-1		INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº		KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE		MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 15	1241	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO Nº		NAUSEDRON 8 mg 1			
LUVA ESTÉRIL nº 8,1	71	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVIL OM			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 04/07/2019 às 15:02, sob o número 0707826-68.2019.8.01.0001 e código 225BF63. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0707826-68.2019.8.01.0001 e código 225BF63.



**CONTROLE DE SAÚDE
DE MATERIAL**

Nº Prontuário	Convênio	Data	Apt/Leito	Sala
28891-4	2us	31.03.15	110F	05
Paciente	Circulante			
Jose Domingos Silva de Azevedo Havana				
Cirurgia	Cirurg.	Aux.	Instrum.	
F. c. F. de tubo distal	Francislieu	Jose Roberto	Rosemildo	
Anestesiata	Tipo Anestesia	Hora Entrada S. O	Hora Saída S. O	
Orl. Amessa	Raque	11:00	11:10	11:25

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant
ABOCATH n°		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA n° 40x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI n° 27	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15cm	L	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%	100	BIST. MONOPOLAR	
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	sim
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGENIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITroso	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	L	OXIGÊNIO	
COMPRESSA pacote	L	DOLANTINA		OXÍMETRO	sim
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	
DRENO PENROSE n°		EFEDRINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC n°		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRADOS N°	N	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL			
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO n°		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO n°		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES n°		HMACEL			
FIO ETHIBOND n°		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON n°		INOVAL			
FIO PROLENE n°		ISOFLURANO			
FIO VICRIL n°		KEFLIN 1GR			
FORMOL Á 10%		KETALAR			
GAZE pacote	□	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI n° 24	L	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR n°		NAROPIM			
LINHO n°		NAUSEDON			
LUVA ESTÉRIL n° 8.0	L	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LUVA PROCEDIMENTO	L	OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML		SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	L	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA ASPIRAÇÃO n°		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY n°		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA n°		SORO RINGER 500 ML	L		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL n°		THIOPENTAL 1GR			
Luva 7-5	L	TILATIL	L		
Agulha raqui 27	1	XILOCAINA 2% CV			
		XILOCAINA 2% SV			
		XILOCAINA GEL			
		Omniflex 0,2	1		
		Relaxina 1g	L		



HOSPITAL SANTA JULIANA

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

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

fls. 50



FICHA DE INTERNAÇÃO

Prontuário: 128891 - 4	Entrada: 30/03/2015	Hora: 1503	Apto/Leito: 110 F
Paciente:	JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO		
Reg. Geral: 458803	Orgão Emissor: SSP	AC	Data Expedição: 24/05/2012
CPF: 67408826220	Raça/Cor: Parda	Cartão SUS: 703402123572700	Sexo: M
Dt. Nasc.: 19/03/1979	Est. Civil: AMASIADO(A)	Natur.: MARECHAL	Idade: 36 Anos
Conjuge:	TAUMARTURGO		
Nacionalidade.: BRASIL	End.: RUA SAO JOSE 2	Nro: 75	
Bairro.: BOA VISTA	CEP: 69900970	Cidade: Rio Branco	Estado: AC
Fone: 68 9998-3664	Cel.: *****	Fone Contato: 68 9959-5936	JOSE DOMINDOS SILVA DE
Local de Trabalho:	Profissão: PE/AZEVEDO		
PAI: JOAO GOMES DE AZEVEDO	MAE: GUIOMAR VIEIRA DA SILVA		
Resp.: FRANCISCO FIRMINO DA SILVA	End.:	H-SIS	
Nro.:	Cidade:	33/03/20	
Fone Res.:	Fone Com.:	SUS	
Motivo da Internação: Clínica Cirúrgica	Trouxe RX: N	Exame: S	Tudo ok final
Convênio: SUS	Plano: ENFERMARIA	Senha:	Tee-Franc
Nro Carteira:	Validade:		
Nro Guia:	Sispre:		
Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS			

Observação: FICHA DE REF EM REGULACAO

Atendente: Jeane Alves

TERMO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de JOSE DOMINGOS SILVA DE AZEVEDO neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 30 de março de 2015

Francisco Firmino da Silva
FRANCISCO FIRMINO DA SILVA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou jóias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 30 de março de 2015

Francisco Firmino da Silva
FRANCISCO FIRMINO DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 04/07/2019 às 15:02, sob o número 07078266820198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0707826-68.2019.8.01.0001 e código 225BF63.