



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Rio Branco
Processo: 07171958620198010001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 12/03/2020 10:57:39

Partes

Solicitante: Seguradora Líder dos
Consórcios DPVAT S/A

Documentos

Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_01 - 1-11.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 1-12.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 13-24.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 25-37.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-1
- 38-39.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2-
1 - 1-7.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2-
1 - 8-17.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2-
1 - 18-19.pdf
Anexo - Petição: 2700096_CONTESTACAO_P
ROTOCOLADA_Anexo_02-2-
2 - 1-11.pdf

Anexo - Petição:	2700096_CONTESTACAO_P ROTOCOLADA_Anexo_02-2- 2 - 12-19.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf
Anexo - Petição:	KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07171958620198010001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ELIEL DA SILVA ABREU**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **21/06/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **09/10/2019**.

Cumprе esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnano desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, conforme consta em laudo abaixo:

Número: 3190578646	Cidade: Rio Branco	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU	Data do acidente: 21/06/2019	Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 15/10/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. (P3 P40 P45 P62)				
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Sequelas: Com sequela				
Documento/Motivo:				
Nome do documento faltante:				
Apontamento do Laudo do IML:				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.				
Documentos complementares:				
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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **21/06/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

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
<hr/>		
DATA DA TRANSFERENCIA:	18/10/2019	
NUMERO DO DOCUMENTO:		
VALOR TOTAL:	2.362,50	
*****TRANSFERIDO PARA:		
CLIENTE:	ELIEL DA SILVA ABREU	
BANCO:	104	
AGÊNCIA:	00534	
CONTA:	000000079517-3	
<hr/>		
Nr. da Autenticação FBF751C56BFCD88		

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2,362.50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono DIEGO PAULI, inscrito sob o nº 4550/AC, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 2 de março de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ELIEL DA SILVA ABREU**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07171958620198010001.

Rio de Janeiro, 2 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07171958620198010001**, que tramita **1ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 2 de março de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 635.412.322-34 4 - Nome completo da vítima: Elie da Silva Almeida

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

5 - Nome completo: Elie da Silva Almeida 6 - CPF: 635.412.322-34
7 - Profissão: desempregada 8 - Endereço: TV. Parnaíba 9 - Número: 200 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.909-140
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 689.4406-9660

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0534 003 CONTA: 00019514 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo optativo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasciturus (minors)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 219 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Rio Branco, Ac 10/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Elie da Silva Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



Para informações sobre
tarifas, serviços
e reclamações

MEU CÓDIGO
0416945-0

005552370

Companhia de Energia Elétrica do Acre S/A
Rua Manoel de Moraes, 228 - Botafogo - Rio Branco - AC
CEP: 69.000-200
Fone: (66) 3222-1111
Site: www.eleac.com.br

Endereço: Rua Manoel de Moraes, 228 - Botafogo - Rio Branco - AC
CEP: 69.000-200

AGOSTO/2019 03/09/2019 174 178,68

MARIA IZABEL DE SOUZA OLIVEIRA
TV CANOÁ (RURAL) 200 SANTA MARIA (RURAL)
CPF: 00001250405203
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

ROT: 38.001.38.01.001860

CONSUMO		DATA	
Classe	2501	Ativo	27/08/2019
Subclasse	2327	Desativado	28/07/2019
Consumo de Referência	1,000	Validade (dias)	25/09/2019
Consumo Faturado	174	Exatidão	26/08/2019
Consumo Estimado	174	Atividade	27/08/2019
		Atividade	29

Tensão de Referência: **NORMAL** Carga de Referência: **BI** Bloco Comercial: **29**

Mês/Ano	Valor R\$	Descrição	Valor R\$
JUL/19	163	CONSUMO	174 A R\$ 0,895837 = 155,87
JUN/19	167	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	0,64
MAI/19	147	BÔNUS JTAIPU	0,62
ABR/19	202	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/19-00	1,59
MAR/19	163	FINANCIAMENTO PADRÃO 12/30	0,97
FEV/19	155	MULTA POR ATRASO 06/19-00	0,05
JAN/19	222	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00	0,17
DEZ/18	211	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,47
NOV/18	179	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	
OUT/18	232		
TARIFA DE TRIBUTOS			
R\$ 174 - 0,63645			

Mes/Ano Valor R\$ 07/2019 155,44
Unidade consumidora aceita e reconhece o fornecimento de energia elétrica a partir de 11/08/2019, o não pagamento por parte do consumidor é incluído de forma do consumidor no sistema. Caso tenha efetuado o pagamento favor contestar este aviso.

2EDF.7001.6C76.7317.BC62.0162.E126.3592

Descrição	Valor R\$	Porcentagem	Valor R\$
Distribuição	41,50		
Energia	53,55	25,00%	38,96
Transmissão	1,26		
Consumo	14,38	0,71%	1,10
Impostos	45,13	3,20%	5,12

Descrição	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$	Valor R\$
Consumo	11,72	23,44	46,89	5,54	11,09	22,18	6,05
Impostos	0,00			0,00			0,00
Valor Total							62,01

06/2019 62,01

TAQUARI

C.C.

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo.: 98210
 Numero do CNS.: 709504361817877
 Nome.: ELIEL DA SILVA ABREU
 Documento.: NT Tipo :
 Data de Nascimento.: 22/04/1978 Idade: 41 anos
 Sexo.: MASCULINO
 Responsavel.: DOMINGOS BEZERRA DE ABREU
 Nome da Mae.: MARIA DAS DORES DA SILVA ABREU
 Endereco.: AC- 40 KM-11 RAMAL DA GARAPEIRA 323
 Bairro.: SANTA MARIA Cep.: 00000-000
 Telefone.: 9205-5503
 Municipio.: 1200401 - AC
 Nacionalidade.: BRASILEIRO
 Naturalidade.: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. de BE: 2650039
 Clinica.: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA HL "B"
 Leito.: 999.0175
 Data da Internacao.: 21/06/2019
 Hora da Internacao.: 16:00
 Medico Solicitante.: 979.018.573-15 - MARCOS DANIEL XAVIER
 Proced. Solicitado.: 03.03.13.001-6
 Diagnostico.: V29.9
 Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

300315537 121910033728-0

SAME / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME: Edelir de Silva Brito

IDADE: 44 B.E.

OBSERVAÇÃO: CB

LEITO: 1403

DATA

21-06-19

EVOLUÇÃO

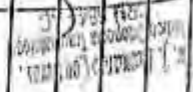
Exame Espinal
coluna na horizontal

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Dieta cet. SMD
- 2) Sel 500mg qd
- 3) S.P. 90 / 120 / 80
+ 10mg p. 12h / 6h
+ 10mg p. 12h / 8h
- 4) Angiot. 1 p. 12h
EV 60 / 120 / 80
- 5) Preparat. 10mg
EV 12h
- 6) Depressiva 10mg
EV 6h / 12h
- 7) Traco - 5K
DT. 5

1) CSU TC 6

Edelir



HORÁRIO

10

12

14

16

18

20

22

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

45 21/06/19
10h - 12h
12h - 14h
14h - 16h
16h - 18h
18h - 20h
20h - 22h
22h - 00h

SAME / KURS
CÓPIA
CORRIGIR E CORRIGIR

Edelir de Silva Brito
Enfermeiro
COREN - AC 395.715



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

digitado e impresso em: 22/06/2019 às 12:29:12



REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

2-157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DMDT-21/6/19</p> <p>#FX FENUR DIAFISARIO 3 -TRA?AO</p> <p>PACIENTE COM QUEIMA DE LEVE DOIS EM COXA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF. NIE COM PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. SOL EXAMES PRE OP</p> <p>VISITADOR DR FRANCISLEI</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SAD</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10-16-19</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 68 HRS <i>10-16-19</i></p> <p>6. PLASBIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS <i>Resposta</i></p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO <i>Resposta</i></p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, <i>16</i></p>	<p><i>[Signature]</i></p>	<p><i>pac não responde queixas, aceita dieta química, diureticos, diuréticos furose, glicias venozais</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 23/06/2019 às 12:05:24



HUERB
Hospital de Referência
Av. Brasil, 1000 - Fátima - Acre - 69001-900

REGISTRO

PACIENTE
ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCE - CLÍNICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO

DVST-21/6/19

FX FEMUR DIFISARIO E
-TRAQAO

PACIENTE COM QUEIXA DE LVE DOR
EM COXA E NO MOMENTO, NEGA
OUTRAS QUEIXAS

EF MIE COM PERFUSAO
NEUROLÓGICO PRESERVADOS

CD. AGUARDO EXAMES PRE OP

VISITADOR DR FRANCISLEI

PRESCRIÇÃO

1. DIETA VO LIVRE *SND*
2. SF 10% 500ML EV CADA 12/12 H *10:22*
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS *10:16 20:04*
4. PLASIL 10MG IV 8/8 SA
5. CUIDADOS GERAIS
6. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 8/8 SIN *16*
7. CURATIVO DIARIO
8. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN *16*
9. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA *16*

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

*10:22 do Huerb
10:16 de curativos e dor
no local de trauma, sem
de Curativos e dor
Tramal 100mg. No
10:16 e 20:04
10:16 e 20:04
10:16 e 20:04*

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 25/06/2019 às 10:18:48



REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

HUERR

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DMCT, 21/6/19

#FX FE MUR DIARISARIO E -TRAPAO

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM COXA E NO MOMENTO, NEGA OUTRAS QUEIXAS

EF. MIE COM PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS

CD. AGUARDANDO RISCO CIRURGICO

VISITADOR DR. ISSASE

1. DIETA VO LIVRE *SUP*

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H *10:20*

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS *10:30-16:30*

6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN

7. CUIDADOS GERAIS *Resposta*

8. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H SIN

9. CURATIVO DIARIO *Resposta*

10. TITIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN

11. CLEXAME 50MG SC UMA VEZ AO DIA

*DAS 08:00HS AS 18:00HS
PAC. FOI TOPOGR ENFERM.
DE ASPIRINO TOMANDO 6000
DE CARISSA E MIE 10:30-16:30
ENFERM. ATENDIMENTO
COM MIE 10:30 DE MIE
LIVRE 10:30-16:30*

SAME / HUERR
CÓPIA
CONFORTO ORIGINAL

[Handwritten signature]



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

digitado e impresso em: 26/06/2019 às 12:06:28

HUERB

REGISTRO: PACIENTE: ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE: 41 CLÍNICA: CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO: 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>06/01.215/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA7AO</p> <p>PACIENTE COM QUIXA DE LVC DOR EM COXA E NO MOMENTO NEGAS OUTRAS QUEIXAS</p> <p>SF MIE COM PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDANDO AGENDAMENTO VISITADOR DR FRANCISLEI</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>S/S</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10:00</i></p> <p>3. DIFIPROMA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10:15</i></p> <p>6. FLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA. <i>16</i></p> <p><i>Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva</i> CRM - Otorrinolaringologia e Transmutação CRM - AC 1236</p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERS CÓPIA CONFIRMATE OKI.: NAL</p>	<p><i>Sicla e A. C. C. (Lia)</i> <i>Assess. Técnico em Lab</i> <i>com auxílio, seu</i> <i>caso. Leu de C. C.</i> <i>+ exame. Realizado</i> <i>realizado. Leu de C. C.</i> <i>no M. D. E. com SF</i> <i>0,5% + álcool 70%.</i> <i>no dia 26/06/19. 16:00</i></p>



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

digitado e impresso em: 27/06/2019 às 12:01:13



HUERB
HOSPITAL

REGISTRO PACIENTE

EUIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIOT: 21/6/19 #FX FEMUR DIAFISARIO E - TRAPAO PACIENTE COM QUIXA DE LVE DOR EM COXA E NO MOMENTO NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: MIE COM PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS CD: AGUARDO AGENDAMENTO VISITADOR DR RONEIDO		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 3. DIPHOMA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 6. PLASIL 1CMG IV 8/8H S/N ✓ 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. TRAMAL 100MG *SF 100ML IV 8/8H S/N ✓ 9. CURATIVO DIARIO ✓ 10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N ✓ 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, 16.		

Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva
CRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 22594

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 29/06/2019 às 10:57:18

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI:01-21/6/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA7AO</p> <p>PACIENTE COM QUICINA DE LEVE DOR EM COXA E NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF. ME COM PERFUSAO NEUROLÓGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDANDO AGENDAMENTO</p> <p>VISITADOR DR155ASE</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>3H5</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10:30</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10:30-10:40</i></p> <p>5. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p><i>Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva</i> FRM - Ortopedia e Traumatologia CREA - AC 2295</p>		<p>7:00 às 12:00 - paciente adiantado, suplementar, calens, comunitari, 70, atendimento físico, zado limpeza com papel em litos por demissão. feita sintas e exames. Sem equinoxos - <i>16</i> Fato curável dupes</p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORTÉCNICA - MAL



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

digitado e impresso em: 30/06/2019 às 11:26:51

HUERB

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO:
 ELIEL DA SILVA ABREU 41 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DATA: 27/6/19</p> <p># FEMUR DIÁFISÁRIO E TRA?AO</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM COXA E NO MOMENTO, NEGAS OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF. MBE COM PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDO AGENDAMENTO</p> <p>VISITADOR: DR ISSASE</p>	<p>1. DIETA VOLVIRE 2MB</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 10</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 10MB 22 04</p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG *SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. HITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA 10</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. Wesley Hoffmann S. da Silva Pneum. / Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2256</p>		<p>Dados físicos em Ish. Paciente evoluiu empurrado, acordado tomou banho no Rito + troca de lençol, não ligado curativo e medicado 6PM. Se fare</p>

SAME / HUERB
 CÓPIA
 ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 01/07/2019 às 12:28:25

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIVDT 21/6/19</p> <p>REF: FEMUR DIAPHSARIO E -TRA7AO</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM COXA E NO MOMENTO, NEGAS OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: MIE COM PERUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDO AGENDAMENTO</p> <p>VISITADOR: DR ANTONIO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SAD</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10-16-2019</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10-16-2019</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7 CUIDADOS GERAIS <i>Noturna</i></p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO <i>Noturna</i></p> <p>10. TITANIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERB CÓPIA CONFIRME ORIGINAL</p> <p style="text-align: center;">01 JUL 2019 SECRETARIA DE SAUDE DO ACRE SECRETARIA DE ENFERMAGEM</p>	<p>Paciente bom dia voluto com aixa lio traça de traça de como. 16.06.19 Pac não refere queixas, acienta dieta oferecida funções fisiológicas normais</p> <p><i>02/07/2019</i> S. C. da Paz Clínica Bom no período acienta dieta química fisiológica, laboratório normais</p> <p><i>Manoel Carlos Téc. de Enfermagem CMB - CMCB AC</i></p>



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

digitado e impresso em: 02/07/2019 às 10:36:32



REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DVDT: 21/6/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA7AO</p> <p>PACIENTE COM OXIERIA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO. NEGA OUTRAS DUEIXAS</p> <p>EF MIE COM PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS.</p> <p>CD. AGUARDO AGENDAMENTO</p> <p>VISITADOR: DR ISSASSE</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>340</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>022</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10/11/2019</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG 50 UMA VEZ AO DIA <i>1/6</i></p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUEBB CÓPIA CONFORT: ORI.: MAL</p> <p style="text-align: right;"><i>Andreza Moreira</i> Enfermeira 01/07/2019</p>	<p>- 07:00 - pace. + arte, sup, oxim. CO - manuseio a su - semi zendo, feito lençolito, med. espon. ca. + lençol. cam: 180 - S/D</p> <p>04:00 - febre + melu sem queixos, dormiu durante período.</p> <p style="text-align: right;"><small>Assinatura da Enfermeira do Hospital HUEBB</small></p>



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

digitado e impresso em: 04/07/2019 às 09:51:26



REGISTRO PACIENTE ELIEL DA SILVA ABREU IDADE 41 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIVDT: 21/5/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA?AO</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO, NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF MIE COM ESCORIA?ES</p> <p>PELFUSAO - NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SAD</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10-10-20-20</i></p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10-10-20-20</i></p> <p>4. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>5. CUIDADOS GERAIS <i>potencia</i></p> <p>6. TRANSAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H SIN <i>potencia</i></p> <p>7. CURATIVO DIARIO <i>potencia</i></p> <p>8. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN <i>10</i></p> <p>9. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>10</i></p> <p>10. CURATIVO DIARIO <i>potencia</i></p>	<p>SAME / HUERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFORTITE ONLINE</p>	<p>07.00 - Sbornite - - 100mg sup, abate - - Comum micostero, su - - 3mg zedex - feito em - laboratório e enviado - - para HUERB - - 10.00 - 15.00 - 15.00</p>

Andressa Moreira
PROFESSORA DE ENFERMAGEM
RUA 3 JUL 2011



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

digitado e impresso em: 08/07/2019 às 11:27:38

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI01:21/8/19</p> <p>#X FEMUR DIAFISARIO E TRA?AO</p> <p>PACIENTE RELATA DISFAGIA ODINOFAGIA</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOLORE EM NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EP: MIE COM ESCORIA?ES PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SUB</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10 ml</i></p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10/16/19</i></p> <p>4. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>5. CUIDADOS GERAIS</p> <p>6. TRAMAL 100MG +SF150ML IV 8/8H S/N</p> <p>7. CURATIVO DIARIO</p> <p>8. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>9. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>10. CURATIVO DIARIO</p>		<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">SAME / HUERB</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">CÓPIA</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">CONFORTITE ORI - NAL</p>


 ELIEL DA SILVA ABREU
 Paciente

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

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ELIELDA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI/DT: 21/6/19</p> <p>#FX FEMUR DIARISARIOE</p> <p>TRATAO</p> <p>PACIENTE RELATA DISFAGIA</p> <p>ODONTOFAGIA</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO. REGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: NIE COM ESCORRIAS?</p> <p>PERFUSAO * NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10</i></p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10 16</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H <i>SIN</i></p> <p>7. CUIDADOS GERAIS ✓</p> <p>8. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H <i>SIN</i></p> <p>9. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS <i>SIN</i></p> <p>11. GLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>13. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA SEXTA SEGUNDA)</p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERB CÓPIA CONFORTO ORI - MAL</p> <p style="text-align: right;"><i>25 Jul 2019</i></p>	<p><i>- caso para SIC -</i></p> <p><i>sem apêndice abdominal</i></p> <p><i>ecdo 0, insuflado</i></p> <p><i>- sem queixa de dor</i></p> <p><i>em momento. Rega outras</i></p> <p><i>queixas</i></p> <p><i>paciente bem, com</i></p> <p><i>curativo diário</i></p> <p><i>10/16</i></p> <p><i>Dr. Ulysses Albuquerque</i></p> <p><i>Comunicações: 3000</i></p> <p><i>3000 ou 3000</i></p> <p><i>At. Enf. Edson</i></p>



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

digitado e impresso em: 11/07/2019 às 11:01:07

REGISTRO PACIENTE ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE 41 CLÍNICA CMCB - CLINICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO 157

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIV: 21/6/19 #FX FEMUR DIAPHRASIO E -TRA7AO PACIENTE RELATA DISFAGIA DISFAGIA PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO NEGA OUTRAS QUEIXAS EF: MIE COM ESCORRIATES PERFUASO * NEUROLOGICO PRESERVADOS CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE S147 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 4. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N 5. CUIDADOS GERAIS 6. TRANAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N 7. CURATIVO DIARIO 8. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N 9. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA 10. CURATIVO DIARIO 11. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)		Das 07 às 19 horas aparente + evolui perfurico, afébil, sem queixas, sem ta diata, elimini- ções, fur vologicas @, realizado unali- wo, emidicado e f. Te fom 635712

SAME / HUERB
 CÓPIA
 -ENFERMAGEM ORL - MAL

11/07/2019
 11:01:07



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

digitado e impresso em: 12/07/2019 às 10:48:33



HUERB
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIET-21/6/13</p> <p>#FX.FEMUR DIARISARIO E -TRAYAO</p> <p>PACIENTE RELATA DISFAGIA ODINOFAGIA</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO. NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF MIE COM ESCORIA?YES PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND.</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10</i></p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS ✓</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA. <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>13. MORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p>	<p><i>16</i></p>	<p><i>8 colunas de colu para</i></p> <p><i>com 10. Transmissão de</i></p> <p><i>no 2º dia de internação</i></p> <p><i>na do dia de internação</i></p> <p><i>Atualizado internação de</i></p> <p><i>paciente em 10/07/2019</i></p> <p><i>10/07/2019</i></p> <p><i>Atualizado em 11/07/2019</i></p> <p><i>com o objetivo de</i></p> <p><i>atender o paciente, a equipe</i></p> <p><i>de enfermagem, de</i></p> <p><i>atender o paciente, de</i></p> <p><i>com frequência, para</i></p>

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORT ORIGINAL

ELIEL DA SILVA ABREU
 12/07/2019



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

digitado e impresso em: 13/07/2019 às 12:18:18

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIVDT: 21/6/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA?AO</p> <p>PACIENTE RELATA DISSFAGIA ODINOFAGIA</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF MIE COM ESCORIA?RES, PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDO AGENSAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10-27</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10-27</i></p> <p>6. PLASIBL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS <i>Postura</i></p> <p>8. TRAVAIL 100MG *SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO <i>Postura</i></p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO <i>Postura</i></p> <p>13. NORIPURUM 1AMP * SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p>		<p>DAS 08:00 ATÉ AS 18:00HS POR LEITE TEMPLADO BARRO DE ASKSAS TRACOAO KNOF DE CARNA + VEZES FORTES EVITACAO + MEDICACAO COM NAO PARE DE ADO O MOCADO SEM NUTRICAO INTERFERENCIA. 12-15 CURATIVO FOR 6-4</p>

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORTO ORI - MAL

ANDRÉS ROBERTO
 SECRETARIO DE ENFERMAGEM
 21 JUL 2019

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI:DT:21/5/19</p> <p>#FX: FEMUR DIAFISARIO E -TRAJAO</p> <p>PACIENTE RELATA DIFEGIA ODINOFAGIA</p> <p>FACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM NO MOMENTO NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EE: MIE COM ESCORIAÇÕES</p> <p>PERFUSAO - NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 10</p> <p>3. DIPHONIA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 10/16</p> <p>4. PLASIL 10MG IV 3/3H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA 16</p> <p>12. CURATIVO DIARIO</p> <p>13. MORBIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERB CÓPIA CONFORTÉ ORI. MAL</p>	<p>Das 08:00 às 18:00h, Par. LOTE TEMPO BANC - DE ASPERSÃO TROCADO TODOS DE CARRA + LUSTES FEITAS. CURATIVO + MEDICAÇÃO - Ely não ficou de DE letir de manhã às 6:04. DOR - Paciente consciente e orientado. Perceptível por dificuldade para falar. Sem prejuízo no pensamento.</p>

Andressa Moreira
PACIENTE / ENFERMEIRO
1 JUL 2019



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

digitado e impresso em: 15/07/2019 às 10:20:04

HUERB

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO:
 ELIEL DA SILVA ABREU CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DVDT: 21/6/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIDE -TRA?AO</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: TME COM ESCORIA??ES. PERFUSAO * NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD- AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SVD.</p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H</p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS</p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS ✓</p> <p>8. TRAMAL 100MG *SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. CLEXANE 400MG SC UMA VEZ AO DIA</p> <p>12. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>13. NORIPURUM 1AMP * SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p>	<p>16/07/19</p> <p>16/07/19</p>	<p>Passou os 18 dias de paciente paciente. Paciente evoluiu em função de febre, sem queixas, realizado curativo + troca de lençol, acita dieta, elimine com fisiológicos e medicados (P.O). De parte -</p>

CONFECIONADO ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUERB

Andressa Moreira
Enfermeira
CRM: 1173
13 JUL 2019



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

digitado e impresso em: 16/07/2019 às 11:05:30



RÉGISTRO PACIENTE **ELIEL DA SILVA ABREU** IDADE **41** CLÍNICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LEITO **157**

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIVDT 21/6/15</p> <p>#FX FEMUR DIAPISARIO E TRA?AO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECC770</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: MIE COM ESCORIA?TES PERFUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SAD</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10.22</i></p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 606 HRS <i>18.16.27.24</i></p> <p>6. PLASIL 15MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS <i>Postura</i></p> <p>8. TRAMAL 100MG *SF 120ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO <i>Postura</i></p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO <i>Postura</i></p> <p>13. NDRIPURUM TAMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p>		<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">SAME / HUERB</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">CÓPIA</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em;">-TRANSFERIR ORL - MAL</p>

[Handwritten signature]



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

digitado e impresso em: 17/07/2019 às 14:02:02

HUERB

REGISTRO PACIENTE

EBIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DUST 21/6/19</p> <p>FX FEMUR DIAFISARIO E TRAPAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECÇÃO</p> <p>PACIENTE SEM DUEIMAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIMAS</p> <p>EF. MIE COM ESCORIA?ES PERUSAO + NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CO AGUARDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SA</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS</p> <p>6. FLASIL 13MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. GLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA</p> <p>12. CURATIVO DIARIO</p> <p>13. NORPIRUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)</p> <p><i>W.T.</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>		<p>18/07/19 Basico</p> <p>10 C/amb. de curativo</p> <p>300 gms de paracetamol</p> <p>100 mg de tramal</p> <p>1000 ml de soro</p> <p>1000 ml de clorexidina</p> <p>1000 ml de soro</p> <p>1000 ml de soro</p>

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFIRME ORI.: MAL






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

digitado e impresso em: 18/07/2019 às 13:20:03

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO: HUEB:

ELIEL DA SILVA ABREU CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIQT-21/07/19 #FX FEMUR DIFISÁRIO E -TRAPAD. TRANS ESQUELETICA. SEM SINAL DE INFECC?? PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS NEGA OUTRAS QUEIXAS EF. NIE COM ESCÓRIA P/ES PERFUSAO * NEUROLOGICO PRESERVADOS CD. AGUARDO AGENDAMENTO	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 6. FLASIL 10MG IV 8/8H SIN 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. TRÁKAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H SIN 9. CURATIVO DIARIO ✓ 10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN 11. CLEXANE 40VIG SC UMA VEZ AO DIA. HE 12. CURATIVO DIARIO ✓ 13. NORIFURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA 1QUARTA ✓ SEXTA, SEGUNDA	 ELIEL DA SILVA ABREU Enfermeiro	Das 10 das 19:00h 18/07 segue Bolus. Orientado comunicado do médico dieta + medicação em diurna presente funções fisiológicas de acordo sem alteração de nome. nota - Leitura 6833/1414 do dia - Paciente que não está respondendo de forma adequada com medicação em função de alteração de

COPIA
SAME / HUEB
-ENFERMEIRO ORI. - MAL

Andressa MORAES
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM
Cidade: 1129



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

digitado e impresso em: 19/07/2019 às 10:27:40

REGISTRO

PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI/DT: 21/5/19

#FX FEMUR QUADRILHÃO E
TRAJAO TRANS ESQUELETICA, SEM
SINAL DE INFECÇÃO

PACIENTE SEM QUEIXAS ALGUMAS

NEGA OUTRAS QUEIXAS

EF. MIE. COM ESCORIAÇÕES
PERFUSÃO + NEUROLÓGICO
PRESERVADOS

CD. AGUARDO AGENDAMENTO

1. DIETA VO LIVRE *SND*
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H *10-21*
3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS *10-16-4-4-4*
6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN
7. CUIDADOS GERAIS *Rotina*
8. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 3/8H SIN
9. CURATIVO DIARIO *Rotina*
10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN
11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA *16*
12. CURATIVO DIARIO *Rotina*
13. NORIPURUM 1AMP + SF 100ML IV 3X POR SEMANA (QUARTA, SEXTA, SEGUNDA)

gabriela Helena Souza
Médica
CRM: 1531

SAME / HUERB
 CÓPIA
 ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 21/07/2019 às 11:36:42

REGISTRO: PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

HUERB

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DVDT: 21/05/19</p> <p>#FX FEMUR DIÁFISARIO E -TRAPAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECÇÃO</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: NIE COM ESCORIA?/ES CICATRIZADAS. PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD: AGUARDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>500 SPO</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8 HRS <i>1000 SPO</i></p> <p>4. FLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>5. CUIDADOS GERAIS <i>Boa</i></p> <p>6. FRAMMAL 100MG *SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>7. CURATIVO DIARIO <i>to</i></p> <p>8. ITIATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN <i>to</i></p> <p>9. CILEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>to</i></p> <p>10. ...</p>		<p>as 10:00 paciente acomodado em em ambiente, dei- ta direita exten- sidade, fingers fi- siologicos preserva- dos, sem queixas algicas. T e E B.S. family - loan. 005.051.055 - 4 - 16:00 paciente em leito com no perim- do da Tensley de curativos algicas. T e E. family - loan. 005.051.055 - 4 -</p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORTATE ORI: NMI

[Handwritten signature]



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

digitado e impresso em: 22/07/2019 às 11:21:48

REGISTRO PACIENTE ELIEL DA SILVA ABREU IDADE 41 CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 157 HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIET: 21/6/15</p> <p>#FX FEMUR DIARISARIJ-E</p> <p>*TRAFAD. TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECC70</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>SF MIE COM ESCORRIAPYES CICA TRIZADAS, PERFUSAO NEUROLGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SVD</i></p> <p>2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10 fl. 20 fl.</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS</p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/A</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS <i>Prática</i></p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 8/8H S/A</p> <p>9. CURATIVO DIARIO <i>Prática</i></p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/A</p> <p>11. GLEKANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>✓6</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO <i>Prática</i></p>		<p style="text-align: center; font-size: 2em; color: blue;">SAME / HUERB CÓPIA CONFORTÉ ORIENTAL</p>

[Handwritten signature]




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

digitado e impresso em: 23/07/2019 às 15:31:03

HUERB

REGISTRO PACIENTE ELIEL DA SILVA ABREU IDADE 41 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIVT-21/8/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E TRAÇAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECC??O</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF. MIE COM ESCORRIAS CICATRIZADAS. PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD. AGUARDANDO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SMS</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>12/12 H 12/12 H</i></p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>12/12 H</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H S/N</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG - SF 100ML IV 8/8H S/N</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N</p> <p>11. GLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>11</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO</p>	<p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; transform: rotate(-45deg);"> SAME / HUERB CÓPIA CONFORTA ORIGINAL </p>	<p style="text-align: right; color: black; font-size: small;">  Anderson Moreira Enfermeiro C.R.N. 275 </p>



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

digitado e impresso em: 24/07/2019 às 12:16:47

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO: HUERB

ELIEL DA SILVA ABREU 41 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIVDT: 21/6/19 #FX FEMUR DIAFISARIO E TRAÇAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECTAO PACIENTE SEM QUEIMAS ALGICAS NEGA OUTRAS QUEIMAS	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 4. PLASIL 10MG IV 6/6H S/N 5. CUIDADOS GERAIS ✓ 6. TRAMAL 100MG +SF 100ML IV 6/6H S/N 7. CURATIVO DIARIO ✓ 10. TITAIL 20 MG EV 12/12 HRS S/N 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA 12. CURATIVO DIARIO ✓ ANDRESSA MAROTE ANDRESSA MAROTE ANDRESSA MAROTE		Das 07h às 19h. Manter realizada drenagem mo deito elevado - Tatuado tatuado fur medida de feridas - fisiológica preservada - de 17/06/2019 1718.982

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFECIONADO EM: 24/07/2019



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

digitado e impresso em: 25/07/2019 às 14:47:11

HUERB

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLINICA: LEITO:
 ELIEL DA SILVA ABREU 41 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DINDT: 21/6/19</p> <p>#FX FEMUR BIFASARIO E</p> <p>-TRAZAO TRANS ESQUELETICA, SEM</p> <p>SINAL DE INFEC770</p> <p>PACIENTE SEM QUEIMAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: ME COM ESCORIA77ES</p> <p>CICATRIZADAS, PERFUSAO</p> <p>NEUROLÓGICO PRESERVADOS</p> <p>OD: AGUARDADO AGENDAMENTO</p>	<p>1. DIETA VO LVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10.27</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10.27</i></p> <p>4. PLASIL 10MG IV 8/8H S/A <i>10.27</i></p> <p>5. CUIDADOS GERAIS <i>Notone</i></p> <p>6. TRANSAL 100MG +SF 1000ML IV 8/8H S/A</p> <p>7. CURATIVO DIARIO <i>Notone</i></p> <p>8. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/A <i>10</i></p> <p>9. CLEKANE 40MG SC UMA VEZ AG DIA</p> <p>10. CURATIVO DIARIO <i>Notone</i></p>	<p>SAME / HUERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFECIONADA ORIGINAL</p>	<p><i>Andressa Moreira</i></p> <p>ANDRESSA MOREIRA</p> <p>ENFERMEIRA</p> <p>CENTRAL 319</p>



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

digitado e impresso em: 26/07/2019 às 10:15:23

HUERB

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO
 ELIEL DA SILVA ABREU 41 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>01/07:21/6/19</p> <p>FX FEMUR DIAFISARIO E -TRAPAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFEC??O</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF. MIE COM ESCORIA??ES CICATRIZADAS. PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADDS</p> <p>CDI AGUARDADO AGENDAMENTO</p> <p>pre agendado para segunda-feira 29/07</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>500</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10:52</i></p> <p>3. DIFIKONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS. <i>10/16</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG -SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO DIARIO</p>	<p>SAME / HUERB CÓPIA CONFIRM: GNL - MAL</p> <p><i>Andressa Moreira</i> enfermeira CRM: 2119</p>	



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

digitado e impresso em: 27/07/2019 às 12:52:38

HUERB

REGISTRO PACIENTE

ELIEL DA SILVA ABREU

IDADE

41

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

157

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI/DT: 21/01/19</p> <p>#FX FEMUR DIFISARIO E</p> <p>- TRAPAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFEC700</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF MIE COM ESCORIA7RES CICATRIZADAS PERFU7AO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CO: AGUARD00 AGENDAMENTO</p> <p>pre agendamento para segunda feira 23/07</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H <i>10/12/19</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10/12/19</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS ✓</p> <p>8. TRAMAL 100MG + SF 100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO ✓</p> <p>10. TITAIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA <i>16</i></p> <p>12. CURATIVO BIARIO ✓</p> <p><i>Andressa Moreira</i> <small>Enfermeira Hospital Municipal C.M.C.B. 117</small></p>		

SAME / HUERB
 Cópia
 INFORME: GAI - MAL



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

digitado e impresso em: 29/07/2019 às 17:35:01

REGISTRO PACIENTE ELIEL DA SILVA ABREU IDADE 41 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 157 HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIUT: 216/19 DC: 29/07/19</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO E -TRA?AO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFECC?O</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS</p> <p>NEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: NIE COM ESCORIA?YES CICATRIZADAS, PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS</p> <p>CD AGUARDO AGENDAMENTO</p> <p>PACIENTE EM CENTRO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE DIETA ORAL AS 00:00</p> <p>2. SF 0,9% 800ML EV CADA 12/12 H <i>10/2/2019</i></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS <i>10/6/2019</i></p> <p>6. PLASIL 10MG IV 6/6H S/M</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF100ML IV 8/8H S/M <i>J. Torres</i></p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS S/M</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA SUSPENSO</p> <p>12. CURATIVO DIARIO</p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERB CÓPIA CONFORTO ORIGINAL</p>	<p><i>29/7/2019</i></p> <p><i>22:40 PA 120x80mm</i></p> <p><i>148 TE Acurada</i></p> <p><i>30-7-2019</i></p> <p><i>5:20m - 19quint. de</i></p> <p><i>quimicos a di quante</i></p> <p><i>decur - banda 10cm</i></p> <p><i>TE Marcador C/366673</i></p>

Andreia Moreira
 CRM: 12345
 RCP: 12345



REGISTRO: PACIENTE:
 IDADE: CLÍNICA:
 LEITO:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DMJT-21/6/19 DC: 20/07/19</p> <p>FX FÊMUR DIAFISARIO E FRAYAO TRANS ESQUELETICA, SEM SINAL DE INFEC70.</p> <p>PACIENTE SEM QUEIXAS ALGICAS.</p> <p>MEGA OUTRAS QUEIXAS</p> <p>EF: MIE COM ESCORIA7ES CICATRIZADAS, PERFUSAO NEUROLOGICO PRESERVADOS EDEMA ++/+++</p> <p>FD COM SANGRAMENTO MODERADO PACIENTE SEM OUTRAS QUEIXAS</p> <p>CD: AGUARDO AGENDAMENTO</p> <p>PACIENTE EM CENTRO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SN D</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 H 500 SOB</p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 HRS 3016</p> <p>6. PLASIL 10MG IV 8/8H SIN</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS Rotina</p> <p>8. TRAMAL 100MG +SF100ML IV 8/8H SIN</p> <p>9. CURATIVO DIARIO JO</p> <p>10. TITATIL 20 MG EV 12/12 HRS SIN</p> <p>11. GLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA 16</p> <p>12. CURATIVO DIARIO Repetido</p> <p>10 OXACILINA 1G IV 6/6H- 3016</p> <p>11 GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X/DIA 16</p>	<p>SAME / HUERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFIRMAR OKIAJ</p> <p>31/07/19</p> <p>Alta medicamentosa com Dr. F. Moreno evento e não puxar (uso ATB, controle retorno ao omb em 15 dias</p>	<p>31/07/19 às 12:00h paciente receber alta Hospitalar CPM</p> <p>Processo 781/2019 Sociedade Associação de Profissionais de Enfermagem</p> <p>Andressa Moreira Enfermeira CRF 12.351</p>

CENTRO CIRURGICO

HORA DE CHEGADA

SALA 02

DATA 29.07.19

NOME DO PACIENTE

Elif da Silva Abreu

10 41 g

PROCEDENCIA EMERGENCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()

ANESTESIA GERAL () RAQUIANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()

INICIO DA ANESTESIA

14:00

TERMINO DA ANESTESIA

OUTROS ()

PROCEDIMENTO REALIZADO

Elif da Silva Abreu

INICIO DA CIRURGIA

16:30

CIRURGIO ()

ANESTESISTA DR. Paulo + Dra. Daniela

INSTRUMENTADOR Elif

CIRCUANTE

Elif

ENF. Monie apoa

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO

WACINA PESADA 0,5%

AGULHA DESC Nº

WACINA SI VASO

ALCOOL 70%

WACINA CI VASO

ALGODÃO ORTÓPEDICO

WACINASE

AGULHA P/ RAQUE

WACINASE POMADA

AGULHA PERIDURAL

WACINA

ASPIRADOR

WACINA

ATADURA GESSADA

WACINA

ABOATH Nº

WACINA

BISTURI ELÉTRICO

WACINA

BOLSA COLETORA DE URINA

WACINA

BOLSA P/COLOSTOMIA

WACINA

BORRACHA P/ASPIRAÇÃO

WACINA

COLTOR UNIVERSAL

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 7,5

WACINA

LUA CIRURGICA 7,0

WACINA

LUA CIRURGICA 8,0

WACINA

LUA CIRURGICA 7,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,0

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

WACINA

LUA CIRURGICA 8,5

SAMB / HUERS

CÓPIA

MEMORIAL DE OCU N° 10

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

Clarexline 2 plicolite 300 ml

RELATORIO DE CIRURGIA

UNIDADE DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
HOSPITAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITAL

Nome do paciente: **EUCL DA SILVA ARAUJO**

Observação: **4/4/03**

Diagnóstico: **FRATURA DISTAL DA FALA DE ESQUERDA**

Objetivo da cirurgia: **Redução e fixação**

Exame pré-operatório: **com haste intramedular (MSB)**

Exame de referência: **radiografias (70, 40, 45)**

Data realizada: **23/03/03**

Local realizado: **A Mesa**

Equipamento: **Isossera**

Assistente: **Dr. Paulo**

Anestesia: **Dr. Roberto**

Instrumentação: **Dr. Paulo**

Anestesia: **Dr. Roberto**

Tempo de duração do ato cirúrgico: **15 min**

Nome do cirurgião: **SAME / HUEB**

Cópia

Importante original

Local: **QUADRA 1 | CT | PRESIDENCIA | 1º DEBITO**

Descrição cirúrgica

1. Paciente em **Dr. Roberto**

560

2. Anestesia: **Dr. Roberto**



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 16:53 SALA Pequena DATA 21.06.2019
 NOME DO PACIENTE Cláudio da Silva Abreu ID 41
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL (X) OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO fixação
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 16:55 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 17:16
 CIRURGIÃO Pentecoste AUXILIAR(ES) _____
 ANESTESISTA _____ INSTRUMENTADOR F. Souza
 CIRCULANTE Olívia de Azevedo ENF incompleta

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% <u>40ml</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>500</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>15cm 19</u>	GORRO
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 <u>1</u>
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CAPILOLAR TIPO OCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>131</u>
KETALAR	CERA OSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>131</u>
LIDOCAÍNA	CÓLICO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1</u>
MANITOL	C ENOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>1</u>	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO <u>50 cm</u>	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA <u>1</u>	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER <u>3,2 1</u>	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
<u>10% 1</u>	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	<u>Clonidine 50 — 80ml</u>	TELA DE MALEX

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO ACRE		RELATORIO DE CIRURGIA	
Departamento de Assistência Médico Hospitalar		Unidade: <u>PS</u>	
NOME DO PACIENTE: <u>Cláudia Sílvia Brito</u>		IDADE: <u>41</u> OBSERVAÇÃO:	
DIAGNÓSTICO: <u>Próstata benigna</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>TRACD (TUMOR ESCALONADO) TUMOR TUBULAR</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>017570</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>A 17570</u>		DATA	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo Lourenço</u>			
2º AUXILIAR		1º AUXILIAR: <u>0 - R. Brito</u>	
ANESTESIA:		INSTRUMENTADORIA: <u>Elis</u>	
ANESTESIA: <u>Local</u>		1º AUXILIAR: <u>0 - R. Brito</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRURGICO () SIM () NÃO <u>X</u> NÃO			
DESCRIÇÃO:			
BIOPSIA DE CONGELAÇÃO () SIM () NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRURGICO			
() ENFERMARIA () CT () RESIDÊNCIA () ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRURGICA			
<u>000 # 506</u> <u>APR 25/57</u> <u>LOCAL</u>			
<u>ASSISTENTE A ASSISTENTE ZORINA C. R. G. CR.</u>			

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFECIONTE ORIGINAL

JVNOGUEIRA

J.V. NOGUEIRA IMP E EXP LTDA

000741

PEDIDO

Rua Isaura Parente, 671 - Sala 106 - Anexo ao Posto JC
 CEP: 69.900493 - Rio Branco - Acre
 Email: jvnogueira2017@gmail.com

68 - 3223-552 / 9.9985-3305

Hospital: União Cidade: Rio Branco
 Paciente: Dr. J. de A. Silva Data Cirurgia: 29/04/2019
 Médico Resp: Dr. J. de A. Silva Convênio: SUS
 Prontuário: 3250-35 Procedimento: Artroscopia

QUANT.	DESCRIÇÃO	ITEM	LOTE	PREGÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
01	Haste Aluminada Ferrometal 12 x 320 mm.	22	XII	016	520,00	520,00
03	Parafusos Cirúrgico de Bloqueio 5,0 x 40, 45, 70.	86	XII	016	22,00	66,00

Waste Efiller
 CRM/AC 1344

**SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL**

Data: 29/04/2019

VALOR TOTAL R\$

R\$ 586,00



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Chetiviana* LEITO Nº *154* A CLÍNICA *cardiologia*

PACIENTE: *Edna de Sáez Oliveira*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO: *Resumo sobre história de doença aguda e hemodinâmica*

Dr. Hélio Costa

NOME DO SOLICITANTE: *[Signature]* DATA *28/08/19* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUERB

CÓPIA

ORIGINAL ORIGINAL

Carton Costa
ARQUITETA
CRM/AC 762

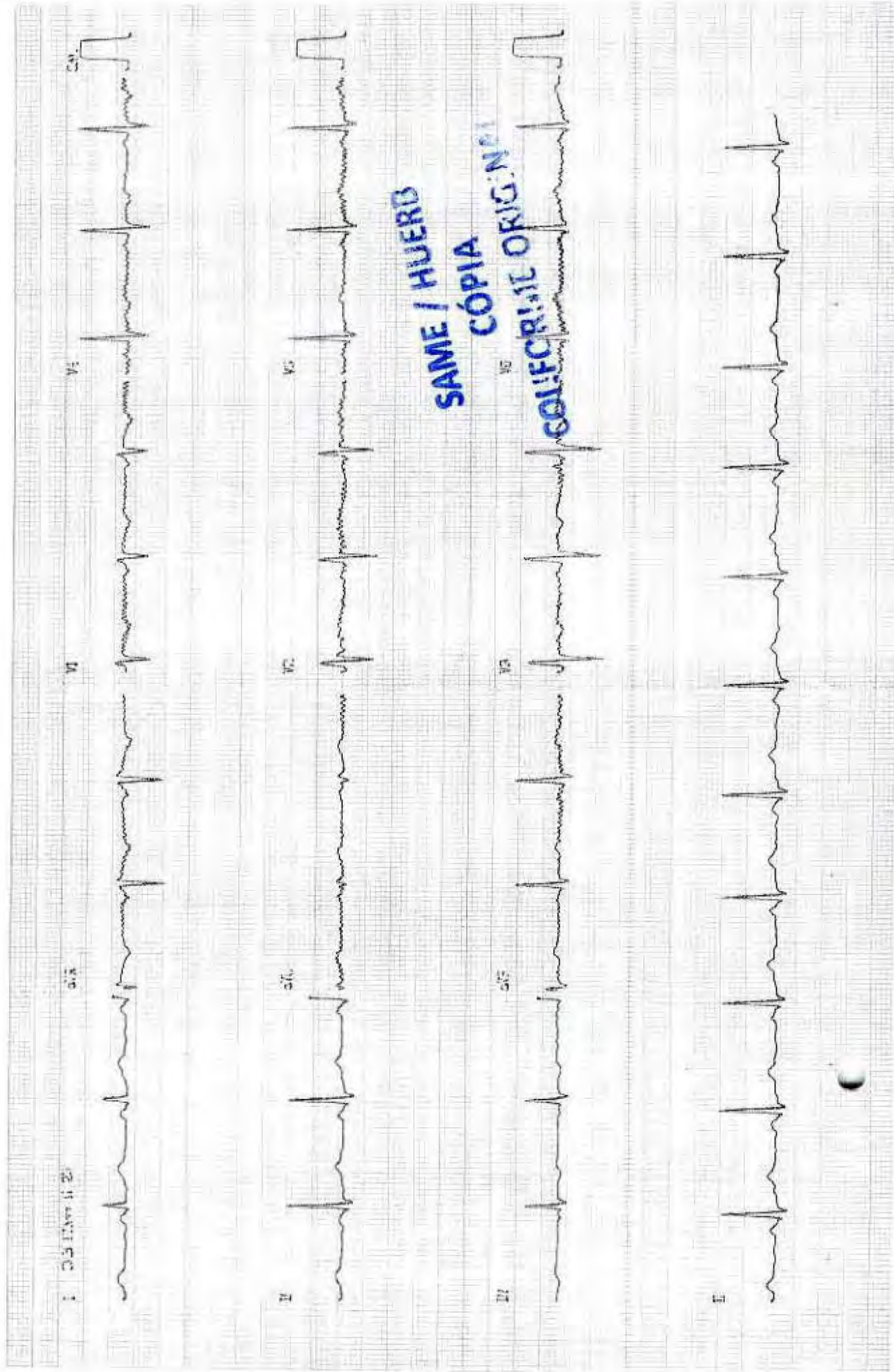
NOME DO MÉDICO: DATA / / HORA:

Eliel da Silva Abreu

44 anos

44
06
19

16:30h



157

HUERB
 PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 709, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69308620 - Tel.: 221-3080
 CGC - 04.034.526/0002-21

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EME)
 Requisicao: 19.PC.1.013436
 Num. do BE: 02650039

Idade.: 41A
 Requis.: 26/07/2019

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

Cons. Regional:

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacia (em milhoes)...	4,28	mm3	VR: 4,00 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,00	g/dl.	VR: 11,0 a 16 M:12 a 16 g/dl
Hematocrito:.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:17 a 48 %
VCM:.....	84,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,00	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocitria Global:.....	5.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	ovb3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	152	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Semeadados:.....	60	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	1.240	mm3	
Linfocitos:.....	31	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.674	mm3	
Mastocitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	324	mm3	
Plaquetas:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araujo
 Biomédico
 CRBM 2584

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 26/07/19 as 09:46 Coleta: 26/07/19 as 08:40-1a. Via Impressa: 26/07/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	02	MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:.....	05	MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	256.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 26/07/19 as 09:46 Coleta: 26/07/19 as 08:40-1a. Via Impressa: 26/07/19

154

OK

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. MADRES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP 6900820 - Tel.: 303-1000
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EME)
Requisicao: 19.PC.2.105546
Num. do BE: 02650039

Idade.: 41A
Requis.: 24/07/2019

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

Cons. Regional:

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	4,35	mm ³	VR: 4,4 a 5,4 a 5 milhões/mm ³
Hemoglobina	12,30	g/dl	VR: 11 a 13 H-12 a 14 g/dl
Hematócrito	37,00	%	VR: H-42 a 52 H-37 a 48 %
VCM	85,70	fL	VR: 76 a 98 fL
HCM	28,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM	33,00	g/dl	VR: 31 a 36 g/dl

LEUCOGRAMA

Leucocitose Global	5.300	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Baefilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm ³	
Eosinófilos	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto	106	mm ³	
Mielocitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm ³	
Metamielocitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Bastões	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	0	mm ³	
Segmentados	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	3.710	mm ³	
Linfócitos	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto	1.115	mm ³	
Monoцитos	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto	371	mm ³	
Rastos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm ³	
Observações			

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

Cleuda C. Queiroz
Farm - Biomedica
CRF-AC - 053

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberação por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ 24/07/19 às 17:18 Coleta: 24/07/19 às 16:10-1a Via impressa: 24/07/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	03 MINUTOS 30 SEGUNDOS	VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulação	04 MINUTOS 30 SEGUNDOS	VR: 2 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas	242.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberação por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ 24/07/19 às 17:17 Coleta: 24/07/19 às 16:10-1a Via impressa: 24/07/19

HUERR PATOLOGIA CLINICA

AV. NADER BRUNO, 406 - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69906620 - TEL: 333-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EMB)

Requisicao: 19.PC.2.105306

Num. do BE: 02650039

Origen.: HUERR/BS

Examinante: NAO CONSTA

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

15.88	mm3	Hemoglobina (em milhoes/ml)
10.70	g/dl	Hemoglobina (em g/dl)
34.00	%	Hemoglobina (em %)
46.60	fl	Hemoglobina (em fl)
27.60	pg	Hemoglobina (em pg)
31.90	g/dl	Hemoglobina (em g/dl)
4.800	/mm3	Leucocitos (em milhoes/mm3)
0	%	Basofilos (em %)
0	mm3	Basofilos (em mm3)
0	%	Neutrofilos (em %)
0	mm3	Neutrofilos (em mm3)
0	%	Linfocitos (em %)
384	mm3	Linfocitos (em mm3)
0	%	Monocitos (em %)
0	mm3	Monocitos (em mm3)
0	%	Plaquetas (em %)
0	mm3	Plaquetas (em mm3)
62	%	Segmentados (em %)
2.976	mm3	Segmentados (em mm3)
26	%	Linfocitos (em %)
1.248	mm3	Linfocitos (em mm3)
4	%	Monocitos (em %)
192	mm3	Monocitos (em mm3)
0	%	Basofilos (em %)
0	mm3	Basofilos (em mm3)
0	mm3	Observacao: (em mm3)

LEUCOGRAMA

VR: 14.5	g	5 MILHOES/ML
VR: 11.5	g	10 MILH. A 20 G/DL
VR: 4.5	g	52 MILH. A 18 %
VR: 78	g	98 FL
VR: 26	g	34 PG
VR: 31	g	36 G/DL
VR: 5.000	g	10.000 /MM3
VR: 0	g	1 %
VR: 2	g	4 %
VR: 0	g	0 %
VR: 0	g	1 %
VR: 0	g	5 %
VR: 0	g	5 %
VR: 54	g	64 %
VR: 21	g	25 %
VR: 4	g	9 %

SAME / HUERR
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

EM VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
NAO PARA PACIENTES ADULTOS

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento: 01 minuto e 30 segundos
Tempo de Coagulacao: 04 minutos e 30 segundos
Contagem de Plaquetas: 291.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 - 400.000 /mm3



154

OK

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV: MACOBA RITUAL, 700 - BORGES - RIO GRANDE - CEP: 99962-0 - TEL: 221-3088 CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EME) Reguicao: 19.PC.2.103416 Num. do BE: 02650039

us Origem.: HUERB/PS C/C B

E Licitante: ADDRESSA DO NASCIMENTO MOREIRA

Cons. Regional: 2129

Setor.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

1	3,42	mm3	VR: H14.5 a 6 H14 a 5 milhões/mm3
2	9,55	g/dl	VR: H13 a 18 H12 a 16 g/dl
3	30,00	%	VR: H12 a 52 H11 a 48 %
4	89,60	g/l	VR: 78 a 98 g/l
5	27,50	pg	VR: 26 a 34 pg
6	32,38	g/dl	VR: 31 a 36 g/dl
7	10,200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
8	0	%	VR: 0 a 1 %
9	0	mm3	VR: 0 a 1 %
10	0	%	VR: 0 a 1 %
11	0	mm3	VR: 0 a 5 %
12	103	mm3	VR: 54 a 64 %
13	7,210	mm3	VR: 21 a 35 %
14	2,060	mm3	VR: 4 a 8 %
15	7	%	VR: 0 %
16	721	mm3	VR: 0 %
17	0	%	VR: 0 %
18	0	mm3	VR: 0 %
19	0	mm3	VR: 0 %
20	0	mm3	VR: 0 %
21	0	mm3	VR: 0 %
22	0	mm3	VR: 0 %
23	0	mm3	VR: 0 %
24	0	mm3	VR: 0 %
25	0	mm3	VR: 0 %
26	0	mm3	VR: 0 %
27	0	mm3	VR: 0 %
28	0	mm3	VR: 0 %
29	0	mm3	VR: 0 %
30	0	mm3	VR: 0 %
31	0	mm3	VR: 0 %
32	0	mm3	VR: 0 %
33	0	mm3	VR: 0 %
34	0	mm3	VR: 0 %
35	0	mm3	VR: 0 %
36	0	mm3	VR: 0 %
37	0	mm3	VR: 0 %
38	0	mm3	VR: 0 %
39	0	mm3	VR: 0 %
40	0	mm3	VR: 0 %
41	0	mm3	VR: 0 %
42	0	mm3	VR: 0 %
43	0	mm3	VR: 0 %
44	0	mm3	VR: 0 %
45	0	mm3	VR: 0 %
46	0	mm3	VR: 0 %
47	0	mm3	VR: 0 %
48	0	mm3	VR: 0 %
49	0	mm3	VR: 0 %
50	0	mm3	VR: 0 %
51	0	mm3	VR: 0 %
52	0	mm3	VR: 0 %
53	0	mm3	VR: 0 %
54	0	mm3	VR: 0 %
55	0	mm3	VR: 0 %
56	0	mm3	VR: 0 %
57	0	mm3	VR: 0 %
58	0	mm3	VR: 0 %
59	0	mm3	VR: 0 %
60	0	mm3	VR: 0 %
61	0	mm3	VR: 0 %
62	0	mm3	VR: 0 %
63	0	mm3	VR: 0 %
64	0	mm3	VR: 0 %
65	0	mm3	VR: 0 %
66	0	mm3	VR: 0 %
67	0	mm3	VR: 0 %
68	0	mm3	VR: 0 %
69	0	mm3	VR: 0 %
70	0	mm3	VR: 0 %
71	0	mm3	VR: 0 %
72	0	mm3	VR: 0 %
73	0	mm3	VR: 0 %
74	0	mm3	VR: 0 %
75	0	mm3	VR: 0 %
76	0	mm3	VR: 0 %
77	0	mm3	VR: 0 %
78	0	mm3	VR: 0 %
79	0	mm3	VR: 0 %
80	0	mm3	VR: 0 %
81	0	mm3	VR: 0 %
82	0	mm3	VR: 0 %
83	0	mm3	VR: 0 %
84	0	mm3	VR: 0 %
85	0	mm3	VR: 0 %
86	0	mm3	VR: 0 %
87	0	mm3	VR: 0 %
88	0	mm3	VR: 0 %
89	0	mm3	VR: 0 %
90	0	mm3	VR: 0 %
91	0	mm3	VR: 0 %
92	0	mm3	VR: 0 %
93	0	mm3	VR: 0 %
94	0	mm3	VR: 0 %
95	0	mm3	VR: 0 %
96	0	mm3	VR: 0 %
97	0	mm3	VR: 0 %
98	0	mm3	VR: 0 %
99	0	mm3	VR: 0 %
100	0	mm3	VR: 0 %

LUCOGRAMA

Amostra: Sangue Total
 Resultado: 518.000 x /mm3
 VR: 150 a 400.000 / mm3

liberada por: JARDIEL SANTOS DE ARAUJO 04/07/19 as 09:14 Coloca: 04/07/19 as 09:14-18. Via Impressa: 04/07/19

OF VALORES DE REFERENCIA MOBI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

CONTAGEM DE PLAQUETAS

SAME / HUERB
CÓPIA
ORIGINAL ORIGINAL

Jardiel Santos de Araujo
 CRM
 Bionne

Idade.: 41A Reguila.: 04/07/2019

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ELIEL DA SILVA ABREU

ID paciente:

ID amost: 79

Data nascimento:

Idade: 41 Ano

Cód barra: 2105306

Tipo de amostra: Sorô

Sexo: Masc

Data da coleta: 16/07/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	99	mg/dL		74 - 106
URE	45	mg/dL		10 - 50
CRE	1.0	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 16/07/2019

Data/Hora teste: 16/07/2019

Data/Hora impr.: 16/07/2019 17:20:05

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1


Eliezer S. Ferreira Santana
Biomédica
CRM 7787/A

SAME / HUERB
CÓPIA
COLEGE O ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FOFONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ETEI DA SILVA ABREU

ID paciente:

Data nascimento:

Cód barra:

2103416

Sexo:

Masc

Depart:

CCB

Diagn:

Médico:

Comentário:

Química

Resultado

Unidade

MARC

Interv. ref.

GLI

89

mg/dL

60 - 100

URE

38

mg/dL

10 - 50

CRE

0.8

mg/dL

0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação:

04/07/2019

Data/Hora teste:

04/07/2019

Data/Hora imprt:

04/07/2019 08:52:06

Testador:

Revisor:

Elana S. Ferreira Santos
 Biomédica
 CRBM 778/PA

Resultado somente para esta amostra

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORT ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ELIEL DA SILVA ABREU

ID paciente:

ID amost: 50

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1011859

Tipo de amostra: Soro

XO:

Data da coleta: 28/06/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	141	mg/dL		
URE	31	mg/dL		
CRE	1.1	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 28/06/2019

Data/Hora teste: 28/06/2019

Data/Hora Impr.: 28/06/2019 16:51:57

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

HUERB
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
 AV. NAÇÕES UNIDAS A, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: ELIEL DA SILVA ABREU

ID paciente:

ID amost: 5

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 1011773

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 22/06/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI glicose	116	mg/dL	ALTO	60 - 100
URE urenitico	45	mg/dL		10 - 50
CRE creat	1.1	mg/dL		0.7 - 1.2
ACI acido	4.6	mg/dL		2.5 - 6.0

Data/Hora solicitação: 22/06/2019

Data/Hora teste: 22/06/2019

Data/Hora impr.: 22/06/2019 08:32:08

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Elisandra S. Ferreira Saraiva
 Biomédica
 CRBM 778/PA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. MAGGÉS UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69908620 - Tel.: 233-2000
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EME)
Requisicao: 19.PC.2.102272
Num. do BE: 02650039

Idade.: 41A
Requis.: 10/07/2019

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

Cons. Regional:

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	3 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	5 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	463.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MEZEZES 10/07/19 às 16:53 Coleta: 10/07/19 às 15:25-1a. Via Impressa: 10/07/19

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C. A. M.
Especialista
10017.1.0070.00

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69001620 - Tel.: 321-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ELIEL DA SILVA ABREU (EME)
Requisicao: 19.PC.1.011773
Num. do BE: 02650039

Idade.: 41A
Requis.: 21/06/2019

US. Origem.: HUERB/PS
Licitante: JOSE LEONARDO CONTREIRAS ZURITA

Cons. Regional: 584

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINA

Amostra: Plasma

Metodologia: ...	Quick		
Tempo de Protrombina: ...	21,90	Segundo	VALOR NORMAL 13,0
Atividade Protrombina: ...	43,90	%	VR: 100 %
TBN: ...	1,97		

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 22/06/19 as 08:36 Coleta: 21/06/19 as 22:10-1a. Via Impressa: 22/06/19

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico Biológico
CRF 41.27.000

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

História da Doença Atual: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

História da Doença Anterior: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

Exame Físico: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

Diagnóstico Provisorio: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

Diagnóstico Definitivo: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

Motivo da Cobrança: *paciente com dor e inchaço no tornozelo*

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNOSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERENCECIA P/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERENCECIA P/ PSQUIATRIA
- 33-TRANSFERENCECIA P/ CLINICA MEDICA
- 34-TRANSFERENCECIA P/ CLINICA CIRURGICA
- 35-TRANSFERENCECIA P/ CLINICA OBSTETRICA
- 36-TRANSFERENCECIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERENCECIA P/ CLINICA PEDIATRICA
- 38-TRANSFERENCECIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERENCECIA 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.

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

LABORATORIO PATOLOGICO -
LABORATORIO DE DIAGNOSTICO
LABORATORIO DE QUIMICA CLINICA
LABORATORIO DE MICROSCOPIA
LABORATORIO DE HEMATOLOGIA
LABORATORIO DE BACTERIOLOGIA
LABORATORIO DE PARASITOLOGIA
LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA
LABORATORIO DE GENETICA
LABORATORIO DE FISIOPATOLOGIA
LABORATORIO DE NEFROLOGIA
LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGIA
LABORATORIO DE NEUMOLOGIA
LABORATORIO DE GINECOLOGIA
LABORATORIO DE PEDIATRIA
LABORATORIO DE GERIATRIA
LABORATORIO DE ONCOLOGIA
LABORATORIO DE NEUROLOGIA
LABORATORIO DE PSQUIATRIA
LABORATORIO DE CLINICA MEDICA
LABORATORIO DE CLINICA CIRURGICA
LABORATORIO DE CLINICA OBSTETRICA
LABORATORIO DE CLINICA PEDIATRICA
LABORATORIO DE CLINICA DE EMERGENCIA
LABORATORIO DE CLINICA DE REABILITACAO
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE ORGANOS
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE TISSUOS
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS E TISSUOS
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃO E TISSUOS
LABORATORIO DE CLINICA DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS, TISSUOS E ÓRGÃO

SAÚDE / HIGIENE
CÓPIA
OPORTE



Governo de Estado do Acre
 Secretaria de Estado de Saúde
 Hospital dos Clínicos do Acre
 Residência Médica da Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: WYCEL DO SILVA ARAUJO

O paciente supracitado apresenta FURCULA DIAPHRANA DC
ABERTA a partir de 21,06,19

ou há _____, tendo sido tratado com USINA UNIA UNIA UNIA
Nº 010 29602/19

No momento, encontra-se SEM FURCULA EM CONSOLIDAÇÃO
SEM COMPLICACAO

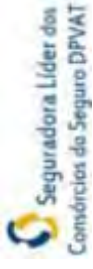
CID: S724

Issaque Eüller
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 1334
 Médico

20,08,19

Rio Branco AC

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0353579/19

Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU

Data do acidente: 21/06/2019

CPF: 635.772.322-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIEL DA SILVA ABREU

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ELIEL DA SILVA ABREU : 635.772.322-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado / vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019

Nome: ELIEL DA SILVA ABREU

CPF: 635.772.322-34

ELIEL DA SILVA ABREU

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190578646

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU

Data do acidente: 21/06/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. (P3 P40 P45 P62)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190578646

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU

Data do acidente: 21/06/2019

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (HASTE INTRAMEDULAR) E ALTA MÉDICA. (P3 P40 P45 P62)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578646

Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELIEL DA SILVA ABREU

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190578646

Vítima: ELIEL DA SILVA ABREU

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIEL DA SILVA ABREU

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ELIEL DA SILVA ABREU**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **000000079517-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 635.412.322-34 4 - Nome completo da vítima: Eliel da Silva Almeida

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

5 - Nome completo: Eliel da Silva Almeida 6 - CPF: 635.412.322-34
7 - Profissão: despista - mo 8 - Endereço: TV. Paraná 9 - Número: 200 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Santa Maria 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.909-140
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 689.4406-9660

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0534 003 CONTA: 00019514 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo optativo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nasciturus (minors)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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 219 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco Ac 10/10/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Eliel da Silva Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038566/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/10/2019 08:36 Data/Hora Fim: 09/10/2019 09:01
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Jairton Alexandre Martins Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional
Data/Hora do Fato: 21/06/2019 14:09

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: via chico mendes
Complemento: próximo ao posto arena

Bairro: Comara
Nº: 1000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ELIEL DA SILVA ABREU (VITIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1978
Profissão: Coordenador de Projetos de Construção Civil
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Maria das Dores da Silva Abreu

Endereço

Município: Rio Branco - AC Nº: 358
Logradouro: RUA LEBLON
Bairro: IVETE VARGAS
Telefone: (68) 98401-8660 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa QLU6403 Número do Chassi 9C2KC2210JR037028
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Elie da Silva Abreu	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Jairton Alexandre Martins Rodrigues
Impresso por: Daniel Dos Santos Passos
Data de Impressão: 09/10/2019 09:02
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 038566/2019

O comunicante compareceu a esta 2ª regional, relatando que no dia e hora já informado, foi vítima de acidente de trânsito, quando conduzia a motocicleta honda cg titan 160, na via chico mendes e o condutor de outra motocicleta; DAFRA SPEED 150, fazia "ZIG-ZAG" na pista, vindo atingir o veículo do mesmo, ocasionando sua queda e fratura no seu FÊMUR esquerdo. A vítima foi conduzida pelo SAMA para o PS.

ASSINATURAS

Daniel Dos Santos Passos
Agente de Polícia
Matrícula 9000643-3
Responsável pelo Atendimento

Eliel da Silva Abreu
(Vítima / Comunicante)

Declaro para os devidos fins da verdade que sou o(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que sei válida, conforme previsto nos artigos 339-Declaração Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

Jarden Alexandre Martins Rodrigues
Delegado de Polícia
Matrícula 913949

DETRAN/ACRE

Novo Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT 0021141
04 UF AC
03 MUNICÍPIO Rio Branco

02 RUA AVENIDA CRUZAMENTO, RODOVIA, KM TRECHO DE RODOVIA VIA CHICO MENDES
05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. Pça. AO AUTO POSTO ARENA 24H

06 DATA 08/09/19
07 ZONA URBANA
08 DIA DA SEMANA SEXTA

- 14 Nº DE VEÍCULOS 2
- 15 Nº DE VÍTIMAS 2
- 16 NATUREZA DO ACIDENTE
- 1 ATROPELAMENTO
 - 2 COLISÃO
 - 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM
 - 4 CHOCUE COM OBJETO FIXO
 - 5 OUTRA (ESPECIFICAR)
- 17 TIPO DE PAVIMENTO
- 1 ASFALTO
 - 2 CONCRETO
 - 3 PARALELEPÍPEDO
 - 4 CASALHO
 - 5 TERRA
 - 6 ÁREA
- 18 CONDIÇÕES DA VIA
- 1 BECA
 - 2 MOLHADO
 - 3 OLEOSA
 - 4 ENLAMEADA
 - 5 DANIFICADA
 - 6 OBRAS
- 19 CONDIÇÕES DO TEMPO
- 1 BOM
 - 2 CHUVA
 - 3 NEBLINA
 - 4 GARÇA

VEÍCULO / CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR ELIEL DA SILVA ABREU

43 SEXO M

44 NASCIMENTO 22/04/78

45 ENDEREÇO Rua Leblon - 358 - IETE VARGAS - TEL 99317790

46 Nº HABILITAÇÃO 30/05/2007

47 CATEGORIA AB

48 PRONTUÁRIO 04126363842

49 UF AC

50 EX MÉDICO EM DIA SIM NÃO

51 USAVA CINTO SIM NÃO

52 USAVA CAPACETE SIM NÃO

53 MARCA Honda / CG 160 Titan

54 ESPÉCIE PAS/MOTOR

55 PLACA GLN 6403

56 MUNICÍPIO Rio Branco AC

57 UF AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO ELINALDO DA SILVA ABREU

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS 9C2 KC2210 JRC370 28

61 COMPARCEU NO POSTO SIM NÃO

62 AÇÃO DO CONDUTOR Comuq? ao ps pelo samu

63 SENTIDO QUE TRAFEGAVA SETOR frontal e trasero e laterais

64 AVARIAS

65 MOTO SIM NÃO

66 CARRO SIM NÃO

67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO SIM NÃO

VEÍCULO / CONDUTOR

42 NOME CONDUTOR MARCOS DE SOUZA PEREIRA

43 SEXO M

44 NASCIMENTO 10/10/85

45 ENDEREÇO Rua BACUATI - 1580 - JAQUARA - TEL 992275158

46 Nº HABILITAÇÃO 30/06/2004

47 CATEGORIA AB

48 PRONTUÁRIO 04684255876

49 UF AC

50 EX MÉDICO EM DIA SIM NÃO

51 USAVA CINTO SIM NÃO

52 USAVA CAPACETE SIM NÃO

53 MARCA DAFRA / SPEED 150

54 ESPÉCIE PAS/MOTOR

55 PLACA MZR0487

56 MUNICÍPIO Rio Branco AC

57 UF AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO ALCIONE MELO DA COSTA

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS 95VCALH2BBYMO33069

61 COMPARCEU NO POSTO SIM NÃO

62 AÇÃO DO CONDUTOR Comuq? a vta do 2º dist por meios pessoais

63 SENTIDO QUE TRAFEGAVA SETOR frontal, laterais, tanque

64 AVARIAS

65 MOTO SIM NÃO

66 CARRO SIM NÃO

67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO SIM NÃO

TESTEMUNHAS

71 ENDEREÇO DETRAN/AC

75 NOME 08 OUT 2019

78 ENDEREÇO

72 IDENTIDADE Nº

73 ORGAO EMISSOR

74 UF

77 NASCIMENTO

69 SEXO M F

79 IDENTIDADE Nº

80 ORGAO EMISSOR

81 UF

70 NASCIMENTO

69 SEXO M F

72 IDENTIDADE Nº

73 ORGAO EMISSOR

74 UF

77 NASCIMENTO

69 SEXO M F

79 IDENTIDADE Nº

80 ORGAO EMISSOR

81 UF

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 02/10/19

