

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

DANIEL VIEIRA RAMOS brasileiro, Solteiro, Servente, inscrito no CPF sob o nº700.899.791-41e no RG sob o nº11192933SSP/AC, residente e domiciliado na Rua General Vieira De Melo, Nº566, Bairro: Conj. Esperança, CEP:69915-178, Rio Branco- Acre.Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e **Danielle Lima da Silva**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, com endereço profissional na Rua Hugo Carneiro, n.º 543, sala 06, Cep:69900-565,na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 24 De Abril 2019.

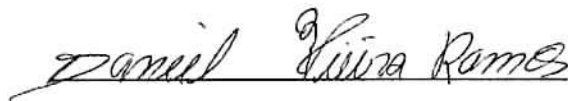


DECLARAÇÃO

DANIEL VIEIRA RAMOS brasileiro, Solteiro, Servente, inscrito no CPF sob o nº700.899.791-41e no RG sob o nº11192933SSP/AC, residente e domiciliado na Rua General Vieira De Melo, Nº566, Bairro: Conj. Esperança, CEP:69915-178, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

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

Rio Branco – Acre, 24 de Abril 2019.



DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

Departamento Estadual de Trânsito

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 NÚMERO DE AT

12452

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

ESTRADA DA PLANÍCIE

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

PRÓXIMO VIA RODOVIA

06 HORA DA
OCORRÊNCIA

00:40

07 ZONA
RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

13/10/2019

09 DIA DA SEMANA

Quarta

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADO ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

Alexander Miqueu

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

12/10/1981

19 ENDEREÇO

ESTRADA DAS ÁGUAS, Nº 2338, Bloco B, AP: 201, Residencial ERISA, Cel: 99324-2566

20 1ª HABILITAÇÃO

B4-12-2008

21 CATEGORIA

B

22 PRONTUÁRIO

03964779107

23 UF

DF

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

GM Classic

28 ESPÉCIE

Passageiro

29 PLACA

5 HC 2230

30 MUNICÍPIO

Brasília

31 UF

DF

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

34 CHASSIS

SAE519104917710

36 AVARIAS

Pequenas no motor

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Adiante / Direita

40 AÇÃO DO CONDUTOR

Promoveu no local

COMPARECEU NO POSTO
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

1º FEV 2019

PROTOCOLO

NÃO ☐

PONTOS

37 CARRO

X

39 MOTO

X

41 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

42 NOME CONDUTOR

Daniel Vieira Ramos

45 ENDEREÇO

CEL: 39605-3630

46 1ª HABILITAÇÃO

47 CATEGORIA

48 PRONTUÁRIO

49 UF

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

FUSCA / VW CUBO 50

54 ESPÉCIE

Passageiro

55 PLACA

ONE 1496

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

Pequenas no motor

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Adiante / Direita

66 AÇÃO DO CONDUTOR

Encaminhado ao IPRG para exame

PONTOS

63 CARRO

X

65 MOTO

X

67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☐

68 NOME

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

71 ENDEREÇO

CONFERE COM O ORIGINAL

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

75 NOME

EM: 11/10/19

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

78 ENDEREÇO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

Vitor de Oliveira Peres
Arquiteto e Urbanista
CAU/DF 113077-5
DETRAN/AC

VEÍCULO / CONDUTOR V1

VEÍCULO / CONDUTOR V2

TESTEMUNHAS

Este documento é cópia do original (assinado digitalmente por STELA MARQUES VIEIRA MENDES e Trânsito do Estado do Acre) e registrado em 26/06/2019 às 11:55, sob o número 0706856-68.2019.8.01.0001 e código 2239910. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0706856-68.2019.8.01.0001 e código 2239910.

VÍTIMAS Nº 03	82 NOME Daniel Vieira Ramos		83 SEXO M ☒ F ☐		84 NASCIMENTO fls. 13 11/01/94	
	85 ENDEREÇO		86 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		87 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☒ 2	
	88 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2					
	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5		90 CONDUZIDA PARA Hosp. Pale Gomes			
	91 NOME		92 SEXO M ☐ F ☐		93 NASCIMENTO	
VÍTIMAS Nº 04	94 ENDEREÇO		95 FERIMENTOS LEVES ☐ GRAVES ☐ FATAIS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐		96 VIAJAVIA NO VEÍCULO Nº ☐	
	97 USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☒ 2					
	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR ☐ 1 PASSAG ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5		99 CONDUZIDA PARA			

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 11/10/21/19

Vitor de Oliveira Peres
Arquiteto Urbanista
CAU/BR/115677-5
DETRAN/AC

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informa que o mesmo acidente ocorreu no dia 11/01/2019 às 11:55, sob o número 07068566820198010001. O acidente ocorreu com o veículo de placa 0346 JAB-2, conduzido por Daniel Vieira Ramos, que colidiu com o veículo de placa 0346 JAB-2, conduzido por Alexandre Higuchi. O acidente ocorreu no local onde se encontra o sinal de trânsito de placa 0346 JAB-2, no local onde se encontra o sinal de trânsito de placa 0346 JAB-2, no local onde se encontra o sinal de trânsito de placa 0346 JAB-2.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA V1	103 MOTORISTA V2	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO SD Bala
105 NOME Alexandre Higuchi	106 NOME Daniel V. Ramos	107 NOME / RG 0346 JAB-2
108 ASSINATURA Alexandre Higuchi	109 ASSINATURA Indossignatário	110 ASSINATURA E.D.O.
111 LOCAL Rua Barbosa - São	112 DATA 31/08/2019	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 26/06/2019 às 11:55, sob o número 07068566820198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0706856-68.2019.8.01.0001 e código 2239910.

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

DANIEL VIEIRA RAMOS brasileiro, Solteiro, Servente, inscrito no CPF sob o nº700.899.791-41e no RG sob o nº11192933SSP/AC, residente e domiciliado na Rua General Vieira De Melo, Nº566, Bairro: Conj. Esperança, CEP:69915-178, Rio Branco- Acre.Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e **Danielle Lima da Silva**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, com endereço profissional na Rua Hugo Carneiro, n.º 543, sala 06, Cep:69900-565,na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 24 De Abril 2019.



DECLARAÇÃO

DANIEL VIEIRA RAMOS brasileiro, Solteiro, Servente, inscrito no CPF sob o nº700.899.791-41e no RG sob o nº11192933SSP/AC, residente e domiciliado na Rua General Vieira De Melo, Nº566, Bairro: Conj. Esperança, CEP:69915-178, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

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

Rio Branco – Acre, 24 de Abril 2019.



NOME: Daniel Vieira Ramos

Laudo Médico

Paciente esteve em acompanhamento ambulatorial, do pós-operatório de LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR, já finalizou fisioterapia. Encontra-se com arco de movimento funcional, sem dor no ombro após trabalho, durante longo período, com o ombro elevado. Já de ALTA AMBULATORIAL.

CID: S43.1

Rio Branco - Ac, 23 / 10 / 18

Rodrigo Vick Fernandes Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0117 AC

CARIMBO e ASSINATURA

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 22/06/2018 Hora emissão: 09:42 Operador:
Nº da Ocorrência 1508310001	Qtd. Vítimas 1	D/Hr Início: 31/08/2016 00:00 D/Hr Término: 31/08/2016 00:40	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: ALEXANDER
 End.: EST DA FLORESTA 2320
 Bairro: FLORESTA SUL
 Cidade: RIO BRANCO
 CER:
 Ponto de Referência: EM FRENTE AO VIA PARQUE

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
 Telefone do Solicitante: (68) 999842566
 Queixa: CARRO/MOTO

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: DANIEL VIEIRA RAMOS	Idade: 22 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:01
	Avaliação: COLISÃO CARRO MOTO COM POSSIVEL LUXAÇÃO DE OMBRO	

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 31/08/2016 00:19	Situação: F

Intercorrência:

Observação:

fls. 18

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 31/08/2016 00:02
	Dt./Hr. Saída Base: 31/08/2016 00:02	Dt./Hr. Chegada Local: 31/08/2016 00:12
	Dt./Hr. Saída Local: 31/08/2016 00:19	Dt./Hr. Chegada Destino: 31/08/2016 00:27
	Dt./Hr. Saída Destino: 31/08/2016 00:35	Dt./Hr. Chegada Base: 31/08/2016 01:39

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
ELISANDRO BARROS DA SILVA	31/08/2016 00:00		ELISANDRO BARROS DA SILVA
ELISANDRO BARROS DA SILVA	31/08/2016 00:01	ELISANDRO BARROS DA SILVA	EM FILA
JOSE LUNA	31/08/2016 00:02	JOSE LUNA	EM FILA
JOSE LUNA	31/08/2016 00:06	JOSE LUNA	EM FILA
JOSE LUNA	31/08/2016 00:19	JOSE LUNA	EM FILA

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190153954

Vítima: DANIEL VIEIRA RAMOS

Data do Acidente: 31/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL VIEIRA RAMOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: DANIEL VIEIRA RAMOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000035700-6

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



MC03

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2382035 DATA: 31/08/2016 HORA: 00:51 USUARIO: RENIS
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DANIEL VIEIRA RAMOS DOC...: NT
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 17/01/1994 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: FLORESTA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: /DUCILENE VIEIRA RAMOS
RESPONSAVEL...: VEIO DE SAMU TEL...: NI
PROCEDENCIA...: VIA VERDE
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Esq. Acidente de moto, com dor em ombro

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

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

DIAGNÓSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Diclofenaco 75mg IM
② Dipirona 1g + ABD IV

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUERB

COPIA

CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				9 - SEXO	
				10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)					
				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				18 - UF	
				19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº DOCUMENTO (ORIGINAL DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ASSISTENTE)					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - CNPJ EMPRESA					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ EMPRESA					
43 - CNAE DA EMPRESA					
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ORGÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO					
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Governar Acre, não é um jogo de azar.

Unidade:

Daniel V. Ramos

22

REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO Mica

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
31/08/16	LAC II Esq	1) Dieta livre		01:50h, febrilidade
		2) SFO, 8g, 500ml IV 12/12/500		med. antiácida, e began
		3) Diprova 18 IV 6/6		em mesa, procedente
		4) Diprova 18 IV 6/6		ch. reb. 16 gsw. Te. 37.2
	MT Oueda molo	5) Diprova 18 IV 6/6		31/08/2016
		Plasil 10	5/11	Síndese, par. clon
		SFO, 8g, 100ml	5/11	sem vômitos
		6) Mante o bexiga na tipa		avulsa no mato
				do. acenou o clon
				diurese presente
				PA. 110x60 mm Hg
				Te. 37.2

fls. 22



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

digitado e impresso em: 31/08/2016 às 10:05:23



HUERB
Hospital de Urgência
e Emergência do Acre

REGISTRO
PACIENTE
DANIEL VIEIRA RAMOS

IDADE
22

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
173

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

LAC V A ESQUERDA

PACIENTE LOTE REFERE DOR DE
BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZACAO
DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E
PERFUSAO
PRESERVADOS

SOLICITO EXAMES.

1. DIETA LIVRE
2. SF0.9% 500ML - EV - 8/8H
3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN
4. DAPIRONA 1G - EV - 6/6H
5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN
6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H
7. MANTER IMOBILIZACAO

SND
500 500 500

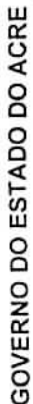
10:16:24: 24

7:00 hrs Pac. imobilizado
após o exame de
tórax, bandagem de
pressão braco e
de cama e de
cabeça 38878746
17:00 hrs Pac. imobilizado
após o exame de
tórax, bandagem de
pressão braco e
de cama e de
cabeça 38878746

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rui Ramos dos
Santos
CRM/AC 1956
Pneumologista

cliente conciente
comunicação verbal
don, dom, sem acidez
bomhe operado.
divulga presente
TE Nélson 463/1930



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 01/09/2016 às 11:09:53



HÜBER
Transporte de Carga
Carreteras de S.A. - Buenos Aires

REGISTRO	PACIENTE
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

PACIENTE

DANIEL VIEIRA RAMOS

IDADE

22

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

179

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
LAC V A ESQUERDA PACIENTE LOTE REFERE DOR DE BAIXA INTENSIDADE A MOBILIZACAO DO OMBRO ESQUERDO, PULSOS E PERFUSAO PERIFERICA PRESERVADOS SOLICITO EXAMES.	1. DIETA LIVRE SNB 2. SF0.9% 500ML - EV - 8/8H 3. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML - EV - 8/8H SN 4. DIPIRONA 1G - EV - 6/6H 5. PLASIL 10 MG + AD 18 ML - EV - 8/8H SN 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 6/6H 7. MANTER IMOBILIZACAO Rotina	500 + 500 + 500 10 + 16 + 22 + 24	10:00 Ponto orientado Tomou banho de chuveiro Trocado roupa de cama acionou duto - AS 16:00 na refeição quina na momento. Diuere Presente verificado S.V. aq. De 36°C RA 110 X 70 mmHg Ar glória C677518 Ar glória C677518 24:00 Ponto Reforçar, Ponto medicação Caberá conforme Prescrita: Ter. H. A. Cley 08/09/2016 Sob (Pente L.O.T.E. enf. Neco afelud, ven. unocorrido, sem quito no momento, diuere. P. 10. 110 X 60 mmHg. 70.

fls. 24

→ U_{eff} :

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011803
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 01/09/2016

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

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,78	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	40,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	27,60	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	5.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	4	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	114	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.990	mm3	
Linfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.140	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	228	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:35 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 30 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	244.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/09/16 as 19:36 Coleta: 01/09/16 as 18:29-1a. Via Impressa: 01/09/16

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: DANIEL VIEIRA RAMOS (EME)
Requisicao: 16.PC.2.011367
Num. do BE: 02382035

Idade...: 22A
Requis.: 31/08/2016

US. Origem.: HUERB/PS C C B
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,83	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	42,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	87,80	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	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	
Segmentados:.....	64	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.248	mm3	
Linfocitos:.....	32	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.624	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	328	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Rosenberg
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 minuto e 15 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	07 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	286.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 31/08/16 as 14:50 Coleta: 31/08/16 as 12:41-2a. Via Impressa: 31/08/16

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS

ID paciente: ID amost: 49

Data nascimento: Idade: 0 Ano

Cód barra: 2011367 Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc Data da coleta: 31/08/2016

Depart.: CCB Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	31	mg/dL		10 - 50
CRE	0.5	mg/dL	BAIXO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 31/08/2016 Data/Hora teste: 31/08/2016

Data/Hora impr.: 31/08/2016 13:59:24

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1


Eliana S. Ferreira Saraiva
Biomédica
CRBM 778/PA

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL!

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor Ombro E

História da Doença Atual: Queda de braço

História da Doença Anterior: SAME / HUERB

COPIA

Exame Físico: CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: LAC V

Diagnóstico Definitivo: O mesmo

Motivo da Cobrança:

Dr. Marcelo A. A. Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
R. 191

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

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

FALTA DIGITAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 80736
 Numero do CNS.....: 898005131972088
 Nome.....: DANIEL VIEIRA RAMOS
 Documento.....: NT Tipo :
 Data de Nascimento: 17/01/1994 Idade: 22 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: IGNORADO
 Nome da Mae.....: DUCILENE VIEIRA RAMOS
 Endereco.....: CJ ESPERANCA II RUA JOAQUIM NABUCO 00000
 Bairro.....: FLORESTA Cep.: 99999-999
 Telefone.....: 000000996053630
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE



DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2382035
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B" PRO-005010
 Leito.....: 999.0030
 Data da Internacao: 31/08/2016
 Hora da Internacao: 01:21
 Medico Solicitante: 360.296.102-87 - MARIO MARCELO BARROS DOS SANTOS
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

AIH- 121 630 034 720 - 9

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



NOME DO PACIENTE

PACIENTE
Daniel Uribe Rojas

IDADE

22

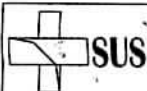
Nº CARTÃO FUNDHACRE

Nº DO CARTÃO SUS

CIRURGIA

BMS. Fios Kischner ombon

[illegible]



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2- CNES

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

6- Nº DO PRONTUÁRIO

9- SEXO

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11- TELEFONE DE CONTATO

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14- Cód. IBGE MUNICÍPIO

15- UF

16- CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

21- CID 10 PRINCIPAL

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44- Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45- DOCUMENTO

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

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

MEDICO AUDITOR FUNDACRE
JOSÉ MARCOS FURTADO
CNS: 768308288363860
CRM: 112 - AC

 FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE FUNDHACRE		NOTA DE SALA		CENTRO CIRÚRGICO ☒ UTI ☐ AMBULATÓRIO ☐		N° REGISTRO: 40882 DATA: 02-08-2019				
CARTÃO SUS 700 6039 7655 7861				N° DO LEITO:		SALA: 09				
NOME DO PACIENTE Daniel Vieira Ramos										
PROCEDIMENTO REALIZADO RMS MS EST. (Cópia Kitchener)										
TIPO DE ANESTESIA Local + sedação										
TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº			
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº			
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico			
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%					un.	Atadura de Crepe			
amp.	DORMONID					un.	Atadura Gessada			
ml	LIDOCAINA 2 % S/V		1			un.	Compressa 10 x 10 gaze		100	
ml	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50		4	
ml	LIDOCAINA 2 % C/V					un.	Dreno nº			
ml	Inoval					un.	Lâmina de Bisturi nº 23		1	
fr.	PROPORFOL					un.	EQUIPO			
tb.	Lidocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº 7,5		1	
fr.	Tiopental (Thionembatal)					un.	CATETER INTRAVENOSO			
fr.	Suxametônio(Quelicin)					un.	Seringa 5ml		1	
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml		1	
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml		1	
amp.	RONCURONIO					un.	Sonda nº			
fr.	PROPORFOL		1			un.	Sonda Foley nº			
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº			
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº			
fr.	Ketalar Tenarica 20		1			UN.	CATEGUTE CROMADO Nº			
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº			
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					UN.	MONONYLON Nº 3-0		1	
un.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº			
un.	SERVOFURANE					ML	ALCOOL 70%		30ml	
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE		10ml	
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA		50ml	
un.	SORO RINGER 500ml		1				efazolina 1g		02	
un.	SORO FISIOLÓGICO						Dipirona 1g		02	
CIRURGIÃO: Dr. Rodrigo Vicks		CIRCULANTE: Alton		ANESTESISTA: Dr. Gilson		HORA ENTRADA: 09:00		HORA SAÍDA: 9:00		
CIRURGIÃO: + Equipe		INSTRUMENTADOR		ENFERMEIRO: Claudia		HORA INICIO ANESTESIA		HORA FINAL ANESTESIA		

Unidade do Sistema		MC 1001		MATRÍCULA		403851	
Data 03/08/17		Enf.		Data Nasc. 17/02/1999		Sexo: M ☒ F ☐	
Idade		Cor		Altura		Peso 60 kg	
Grupo Sang.		PA 130 x 60		Pulso		Nome: Daniel Viana Romão	
Temp.		Resp.		Hemácias		Leucóc.	
Glicemia		Urêla		Creat.		Bil. Dir.	
Ap. Resp. MV F		Asma		Bronquite		Complacência	
Ap. Circ. Ecg		R		Alergia		M. Ves	
Ap. Digestivo Dentes		Estado Mental		Pescôço		Peça Dent.	
Aparelho Urinário		Diagnóstico Pré Op.		Drogas em Uso		Risco	
Anestesia Anteriores		Asa		Hora		Efeito	
Medic. Pré-Anest.		Hora		Efeito		Risco	
GASES		N ₂ O		Líquidos		CÓDIGO	
P Arterial O Pulso O - Respiração		A X Anestesia O Operação		V		260	
240						220	
200						180	
160						140	
120						100	
80						60	
40						20	
20							
Símbolos		DROGAS ADMINISTRADAS		TÉCNICA:		CIRURGIA:	
1º Monitor Jaceu		2º Midazolam 40 mg/ml		3º Propofol 50 x 50 mg/ml		4º Cefazolin 2 g IV	
5º Anestesia 40 mg/ml		6º Soro 0.9% NaCl		7º Soro 0.9% NaCl		8º Soro 0.9% NaCl	
9º Soro 0.9% NaCl		10º Soro 0.9% NaCl		11º Soro 0.9% NaCl		12º Soro 0.9% NaCl	
13º Soro 0.9% NaCl		14º Soro 0.9% NaCl		15º Soro 0.9% NaCl		16º Soro 0.9% NaCl	
17º Soro 0.9% NaCl		18º Soro 0.9% NaCl		19º Soro 0.9% NaCl		20º Soro 0.9% NaCl	
21º Soro 0.9% NaCl		22º Soro 0.9% NaCl		23º Soro 0.9% NaCl		24º Soro 0.9% NaCl	
25º Soro 0.9% NaCl		26º Soro 0.9% NaCl		27º Soro 0.9% NaCl		28º Soro 0.9% NaCl	
29º Soro 0.9% NaCl		30º Soro 0.9% NaCl		31º Soro 0.9% NaCl		32º Soro 0.9% NaCl	
33º Soro 0.9% NaCl		34º Soro 0.9% NaCl		35º Soro 0.9% NaCl		36º Soro 0.9% NaCl	
37º Soro 0.9% NaCl		38º Soro 0.9% NaCl		39º Soro 0.9% NaCl		40º Soro 0.9% NaCl	
41º Soro 0.9% NaCl		42º Soro 0.9% NaCl		43º Soro 0.9% NaCl		44º Soro 0.9% NaCl	
45º Soro 0.9% NaCl		46º Soro 0.9% NaCl		47º Soro 0.9% NaCl		48º Soro 0.9% NaCl	
49º Soro 0.9% NaCl		50º Soro 0.9% NaCl		51º Soro 0.9% NaCl		52º Soro 0.9% NaCl	
53º Soro 0.9% NaCl		54º Soro 0.9% NaCl		55º Soro 0.9% NaCl		56º Soro 0.9% NaCl	
57º Soro 0.9% NaCl		58º Soro 0.9% NaCl		59º Soro 0.9% NaCl		60º Soro 0.9% NaCl	
61º Soro 0.9% NaCl		62º Soro 0.9% NaCl		63º Soro 0.9% NaCl		64º Soro 0.9% NaCl	
65º Soro 0.9% NaCl		66º Soro 0.9% NaCl		67º Soro 0.9% NaCl		68º Soro 0.9% NaCl	
69º Soro 0.9% NaCl		70º Soro 0.9% NaCl		71º Soro 0.9% NaCl		72º Soro 0.9% NaCl	
73º Soro 0.9% NaCl		74º Soro 0.9% NaCl		75º Soro 0.9% NaCl		76º Soro 0.9% NaCl	
77º Soro 0.9% NaCl		78º Soro 0.9% NaCl		79º Soro 0.9% NaCl		80º Soro 0.9% NaCl	
81º Soro 0.9% NaCl		82º Soro 0.9% NaCl		83º Soro 0.9% NaCl		84º Soro 0.9% NaCl	
85º Soro 0.9% NaCl		86º Soro 0.9% NaCl		87º Soro 0.9% NaCl		88º Soro 0.9% NaCl	
89º Soro 0.9% NaCl		90º Soro 0.9% NaCl		91º Soro 0.9% NaCl		92º Soro 0.9% NaCl	
93º Soro 0.9% NaCl		94º Soro 0.9% NaCl		95º Soro 0.9% NaCl		96º Soro 0.9% NaCl	
97º Soro 0.9% NaCl		98º Soro 0.9% NaCl		99º Soro 0.9% NaCl		100º Soro 0.9% NaCl	
101º Soro 0.9% NaCl		102º Soro 0.9% NaCl		103º Soro 0.9% NaCl		104º Soro 0.9% NaCl	
105º Soro 0.9% NaCl		106º Soro 0.9% NaCl		107º Soro 0.9% NaCl		108º Soro 0.9% NaCl	
109º Soro 0.9% NaCl		110º Soro 0.9% NaCl		111º Soro 0.9% NaCl		112º Soro 0.9% NaCl	
113º Soro 0.9% NaCl		114º Soro 0.9% NaCl		115º Soro 0.9% NaCl		116º Soro 0.9% NaCl	
117º Soro 0.9% NaCl		118º Soro 0.9% NaCl		119º Soro 0.9% NaCl		120º Soro 0.9% NaCl	
121º Soro 0.9% NaCl		122º Soro 0.9% NaCl		123º Soro 0.9% NaCl		124º Soro 0.9% NaCl	
125º Soro 0.9% NaCl		126º Soro					

RELATÓRIO DE CIRURGIA

NDHACRE
IDOSO
TECUMÃ
CRIANÇA
A MULHER
M. MONTE

Clinica Otopodia
Enfermaria _____
Leito _____

MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M ☒ F ☐
Nome: Daniel Viciu Romes

URGÊNCIA

Realizada em 01/08/17 Hora de Início: _____ Término: _____ Duração: _____

URGÊNCIA

Cirurgia de ☒ Pequeno porte ☐ Médio porte ☐ Grande porte

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Responsável (a) Dr. Rodrigo Vilek CRM ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Cirurgia Dr. Gex Raposo / Dra. Lúcia
Assist(s) Dr(s) Dra. Lúcia / Dr. Gilson
Remetente(a) _____ Sala de Cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Histórico Pré-operatório hemangioma cutâneo da região da coxa esquerda
Histopatológico _____
Exames Pré-operatórios _____

Cirurgia Realizada Rms de PK's da coxa esquerda

Cirurgia Curativa ☐ Doença Residual Microscópica ☐ Doença Residual Macroscópica ☐ Patologia Benigna

Intercomência ☒ NÃO HOUVE Descrição das Intercomências _____

Contaminação ☒ Cirurgia Limpa ☐ Potencialmente Contaminada ☐ Contaminada ☐ Cirurgia Limpa ☐ Suja

01. Incisão em "c" sobre a pele da coxa esquerda
02. Anestesia + antissepsia + colocação de campo estéril
03. Incisão na região lateral da coxa esquerda
04. Retirada de 02 PK's
05. Hemostase com S.O. 2x
06. Curativo estéril C



SISTEMA
FUNDHAS

☐ CIRURGIA ELETIVA

Clínica _____

☐ URGÊNCIA

Enfermaria _____

Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc. ____/____/____

Sexo M ☐ F ☐

Nome Daniel Vitor Rêgo

Data 01/08/17

Hora 7:00h

Idade 23a

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☐ Grande porte

Procedimento cirúrgico proposto

RMS

Aspectos relevantes do exame físico

Admitido para 95 minutos nos
endados do 2º luck. Não altera me
dicamentos. No momento afebril
hipotensão, normocorado. Glútena. 100
respiratórios presentes. Ausc. 2. 2. 2.
laboratório. 2. 2. 2.

Sinais vitais:

PA: 110 x 60 mmHg

FC: _____

TAX: _____

Orientações

Peso: 60kg

Est. 1,69m

DATA 01/08/17

COREN

88655

Carimbo

ASSINATURA

ENFERMARIA:

☐ A

☐ B

☐ C

☐ D

☐ GERIATRIA

☐ UTI

DATA ____/____/____

Hora _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☐ Lúcido

☐ Sonolento

☐ Consciente

☐ Torporoso

☐ Desorientado

JEJUM:

☐ Sim

☐ Não

TRICOTOMIA:

☐ Sim

☐ Não

PROTESE:

☐ Sim

☐ Não

USO DE 'PRÉ-ANESTESICO:

☐ Sim

☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO:

☐ Sim

☐ Não

SINAIS VITAIS:

PA _____ mm/Hg

T. _____ °C

P. _____ b.p.m

R. _____ irpm

OBS:

DATA ____/____/____

COREN

88655

Carimbo

ASSINATURA

RECEPCAO DO CENTRO CIRURGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C.: 08:25 HORA DA ENTRADA NA S.O.: _____ SALA: _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
 INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☒ Sim ☐ Não
 ALERGIA: ☐ Sim ☒ Não

OBS: _____

DATA 01.08.17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec. Cacery
 ASSINATURA

ESQUEMA: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ Início: _____ h Término: _____ h
 Início: _____ h Término: _____ h
 CARACTERISMO VESICAL: ☐ Não ☐ Sim Sonda N° _____ ☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF: _____
 HEMOTRANSFUSÃO: ☐ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____
 LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico ☐ Cultura ☐ Citologia
 HORA DO TÉMINO DA CIRURGIA: _____ h HORA DA SAÍDA DA S.O.: _____ h

OBS: _____

ENCAMINHADO PARA:

CIRCULANTE:

RECEBIDO NA RPA ÀS: 8:55 h
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
 HIDRATAÇÃO VENOSA: MSD - 500,9% / 100ml Condições: em curso
 CURATIVO CIRURGICO: Local: ombro esquerdo Condições: adhesivo, compressivo
limpo e seco
 DRENAGENS: Tipo: _____ Tipo: _____
 HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H.: _____ PFC: _____
 ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim
 EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒ Frias: ☐ Cianóticas: ☐ Perfundidas: ☒
 SINAIS VITAIS: PA: 124x67 mm/Hg T: _____ °C P: 68 b.p.m. SpO2: 97%

OBS: POC de RMS de ombro esquerdo sob
anestesia local + sedacao

HORA DA ALTA: _____ Acordado: ☒ Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: alta p/ casa do CC

DATA 01.08.17

COREN

--	--	--	--	--

Carimbo

Tec. m/c cãl/iro
 ASSINATURA

anexo ficha CSC



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	H. FUNDHACRE
	H. DO IDOSO
	POLICLÍNICA TUCUMÃ
	H. DA CRIANÇA
	C. I DA MULHER
	H. M. M. MONTE R.
	CACON

Clinica _____
Enferm. / leito _____
UTI - leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc.: ____/____/____

Sexo: ☒ M ☐ F

Name: Daniel Victor Horn

Observações:

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 01/08

[illegible]

 e-mail: cac.hc@ac.gov.br	
DIVISÃO DE CENTRO CIRURGICO	
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC	
AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO	
CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO	
PACIENTE:	Daniel Vieira Ramos
DIAGNÓSTICO (DX)	consolidação LAC V ESQ.
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO:	RMS
NECESSIDADE DE ANESTESIOLOGISTA ?	SIM () NÃO (X) (querer o local)
TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)	08 1 33 1 36
DATA DA CIRURGIA	08 1 33 1 36
DATA DA INTERNAÇÃO	08 1 33 1 36
MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ORTESES E PRÓTESES)	
ex básica	
SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS	
UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA EM	DIAS
HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO	
OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTA.	
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	
DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO:	
CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC	
NÚMERO DO CARTÃO SUS	
NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS CLÍNICAS (FUNDHACRE)	
PACIENTE RESIDE EM:	
TELEFONES PARA CONTATO:	FIXO CELULAR RECADO
PACIENTE : () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO	Falar com:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	
RIO BRANCO-AC.	

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome Completo: Daniel V. Ramos

Endereço: _____

Data de nascimento: / / , CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): RMS

do(a) Dr.(a) Rodrigo Wick, inscrito(a) no CRM sob o n.º _____, por indicação e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco - Acre, / / Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente _____

Assinatura do médico: _____

Dr. Marcelo A. Pimenta
Ortopedia e Traumatologia
PRM 1794



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

C.N.S. 700 60 34 76 75 78 61

Nome: Daniel Vieira Ramos

Número do Prontuário: 408851



Data: 01-08-2013 Hora: 7:00

Seção: _____ Quarto: _____ Leito: _____

Data do Nascimento: 17-01-1994 Naturalidade: Rio Branco

Nacionalidade: Brasileira Sexo: masculino Cor: _____

Estado Civil: solteiro PIS PASEP RG CRF CERT. NASC. 700.899.791-41

Profissão: Serviços Gerais Religião: Evangelica

Endereço Residencial: Rua Joaquim Nabuco nº 238

Bairro: Conf. Esperança Cidade: Rio Branco Estado: AC Tel: 999810

Endereço do Trabalho: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel: _____

Filiação: Lucilene Vieira Cunha e José Eliassandro R. Braga

Nome do Cônjuge: _____

Grau de Escolaridade: 1º Ano

Médico Responsável: Dr. Rodrigo Vitor Fernandes

Nome do Responsável: O mesmo

Nº do RG. do responsável: 700.899.791-41 CPF

Endereço do Responsável: O mesmo

Cidade: Rio Branco Estado: AC Grau de Parentesco: _____

Vânia Regis
Digitadora

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 26/06/2019 às 11:55, sob o número 0706856-68.2019.8.01.0001 e código 2239918. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjaci.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0706856-68.2019.8.01.0001 e código 2239918.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Rio Branco - Ac, 01 de Agosto de 2017

Daniel Vieira Ramos
Assinatura do Responsável

Nº do RG 700-899794-41 CPF _____

TERMO DE ALTA A PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____ internado na seção/quarto/leito _____ deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2 - _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido as disposições do Regulamento Interno do Hospital, tomo conhecimento de minha **ALTA DISCIPLINAR**.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

MS-DATASUS
VERSÃO: 14.20

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE
ESPELHO DA AIH

O.E: E120000001 ESFERA: PÚBLICO APRESENTAÇÃO: 10 / 2017 DATA: 02/10/2017
PAG.: 1

Num AIH: 121710029682-0 Situação: SEM ERRO Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 10/2017 Data Autorização: 01 / 08 / 2017

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: E120000001 CRC:
Doc autorizador: 105161598170003 Doc med resp: 204464446710003 Doc diretor clínico: 980016004327056 Doc médico solíc: 204464446710003
CNES: 2001586 - FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE CNS: 89800513197208
Paciente: DANIEL VIEIRA RAMOS Prontuário: 408851
Data Nasc.: 17 / 01 / 1994 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc:
Responsável pac.: DANIEL VIEIRA RAMOS Nome da Mãe: DUCILENE VIEIRA RAMOS
Endereço: RUA RUA JOAQUIM NABUCO Bairro: Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA
Município: 120040 - RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-970 Telefone: (68)9998-10579 Muda Proc.?
Procedimento solicitado: 04.08.06.037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Procedimento principal: 04.08.06.037-9 - RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
Diag. principal: Z478-OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS
Complementar: Diag. secundário:
Carater atendimento: 01 - ELETIVO Causa Obito:
Data internação: 01 / 08 / 2017 Data saída: 02 / 08 / 2017 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO Modalidade: HOSPITALAR
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408060379	204464446710003	225270(1)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS
2	0408060379	980016283074125	225151(6)	2001586	2001586	1	08/2017	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Número de Nascidos Número de Saldas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Código Solicitação: **208623102**Número AIH: **121710029682**

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

FUNDHACRE

Unidade Executante:

FUNDHACRE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL

Central Reguladora

CENTRAL ESTADUAL - AC

Data de Solicitação

31.07.2017 - 14:33:08

Data de Autorização

31/07/2017 - 18:19:43

Data de Reserva

01.08.2017

Data de Internação

01.08.2017

Data Prevista de Alta

01.08.2017

Data de Alta

04/08/2017 - 11:54:55

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2001586

CNES:

2001586

Município Executante

RIO BRANCO

Operador

SOL.HC-JAN

Operador

REG-PAULAMARIANO

Operador

EXEC.HC-CEICA

Operador

EXEC.FUND-ADRIANA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

898005131972088

Nome do Paciente

DANIEL VIEIRA RAMOS

Nome da Mãe

DUCILENE VIEIRA RAMOS

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

17/01/1994 (23 anos)

Tipo de Moradia:

NÔMADE / CIGANO / MORADOR DE RUA

Telefone(s):

(68) 99000-0000 ([Exibir Lista Detalhada](#))

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Raça:

PARDA

Tipo Sanguíneo:

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

26070399838

Nome do Médico Solicitante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Status da Solicitação:

APROVADA

CPF do Médico Executante:

26070399838

Nome do Médico Executante:

RODRIGO VICK FERNANDES GOMES

Diagnóstico Inicial - CID:

Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS

Caráter

10 - Eletivo

Classificação de Risco

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - CIRURGIA GERAL

Clínica Complementar:

Nenhuma

Procedimento Solicitado:

RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS

Código:

0408060379

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

CIRURGIA ELETIVA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

....

Condições que Justificam a Internação:

PACIENTE EM FILA DE CIRURGIA ELETIVA CADASTRADA NO CAC DESDE 05-out-16

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

31.07.2017 - 14:33:08

Data da Extração dos Dados: 04/08/2017 11:55:08