



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07085390920208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	16/11/2020 16:38:02

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A
--------------	--

Documentos

Petição:	2764778_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-12.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 13-15.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-9.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 10-15.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-3 - 1-7.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-3 - 8-13.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-3 - 14-15.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-4 - 1-7.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-4 - 8-14.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-4 - 15.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-5 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2764778_CONTESTACAO_A nexo_02-5 - 11-14.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: 07085390920208010001

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 **SUZANA FERREIRA SILVA**, 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 **10/11/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **26/12/2019**.

Cumpre 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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, pugnando 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;

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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, 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, sendo um na figura de revisor.

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 irretratável 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\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), 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

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)

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **10/11/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**.

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.

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.

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 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.”

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\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

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 citação⁷.

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 ação⁸

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.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ art.

1º

(...)

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

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.

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, 12 de novembro de 2020.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo 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 sequela 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 sequelas 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 cursem 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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; **JOSELAINE 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 **SUZANA FERREIRA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07085390920208010001.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE 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. **07085390920208010001**, que tramita **1ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 12 de novembro de 2020.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126411

Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZANA FERREIRA SILVA

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, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126411

Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUZANA FERREIRA SILVA

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **SUZANA FERREIRA SILVA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **104**

Agência: **000000534**

Conta: **0000045666-2**

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 motivo 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 me 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vairasões)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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: 048628/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 11:34 Data/Hora Fim: 26/12/2019 11:37
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Jarien Alexandre Martins Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional

Data/Hora do Fato: 10/11/2019

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Cidade Do Povo

Logradouro: Rua Vereadora Maria Antônia

Ponto de Referência: próximo ao Mercantil G B Santos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZANA FERREIRA SILVA (VITIMA , COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Suzana Ferreira Silva	Veículo	Motocicleta/Motoneta	HONDA/CG, Placa MZV8983, Chassi 9C2JC30708R253734, Núm. Motor JC30E78253734, Renavam 00125413408	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima/comunicante veio à esta Delegacia para noticiar que no dia, horário e local acima citados, vinha na garupa da moto Yamaha Factor de cor preta de propriedade de sua amiga "Rosa" e que ao manobrar numa curva, dois cachorros apareceram e a manobrista perdeu o controle da motocicleta onde a motocicleta se chocou no meio fio, caindo ambas do veículo, mas a vítima/comunicante foi a que mais se machucou, quebrando o braço e o punho esquerdos; QUE a vítima/comunicante veio registrar este B.O. para o conhecimento da Autoridade Policial e também para dar entrada no DPVAT.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048628/2019-A01

ASSINATURAS

Antonio Batista

Antonio Batista
Agente de Polícia
Matrícula 0033310

Responsável pelo Atendimento

**Suzana Ferreira*

Suzana Ferreira Silva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) autor(a) responsável pelas informações acima declaradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 319-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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 motivo 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 me 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vairasões)? ☐ 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUZANA FERREIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000045666-2

Nr. da Autenticação BDE301D68FCEA823



Para consultar
informe este número

SEU CÓDIGO

0353237-0

006318596

NOVEMBRO/2019 26/11/2019 54 16,48

SUZANA FERREIRA SILVA
R RAIMUNDA DIAS DA COSTA 363 VIA CS 40
CPE: 08357031-26-03
CEP: 69.409-270 - RIO BRANCO

290	13/11/2019
236	13/10/2019
1,000	13/12/2019
54	13/11/2019
54 FCAM	19/11/2019
NOTAS	32

RECEITA RENDIA MONO W5056473330 1.4.1. 25

OUT/19	65	CONSUMO	30 A R\$ 0,205725 =	6,17
SET/19	41		24 A R\$ 0,352668 =	8,46
AGO/19	90	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,70
JUL/19	40	DIFERENCA DE TARIFA		17,11
JUN/19	34	SUBVENCAO BAIXA RENDA		16,43
MAI/19	2	MULTA POR ATRASO 10/19-00		0,38
ABR/19	2	JUROS DE MORA DE INPO 10/19-00		0,09
MAR/19	3	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,13	
FEV/19	5	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,55	
JAN/19	18			

RESERVA LÍQUIDA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTER
NET (WWW.FARNET-ES.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM
MÁS PRÓXIMA, DE 01 A 10/12/2019.

RECAPITULANDO: 006318596, CPE: 08357031-26-03, CEP: 69.409-270, RIO BRANCO

11,40		
14,78		
0,34		
1,95		
1,27		
	0,22	
	1,12	1,05

3,00 0,00 0,00
11,12 29,44 46,89 5,54 11,00 21,12 0,85
TAQUARI 09/2019 5,24

MS/DATASUS	HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO		
No. DO BE: 2682518	DATA: 10/11/2019	HORA: 19:17	USUARIO: ERICO
CNS: 704601620822425	SETOR: 06 SALA DE GESSO		

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	SUZANA FERREIRA SILVA	DOC.: NT
IDADE.....	51 ANOS NASC: 01/06/1968	SEXO.: FEMININO
ENDEREÇO.....	Q 10 A CASA 40	NUMERO: 40
COMPLEMENTO....	BAIRRO: CIDADE DO POVO	
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO UF: AC	CEP....: 69910-000
NOME PAI/MAE...	MANOEL CANDIHO DA SILVA	/ELDA FERREIRA SILVA
RESPONSÁVEL....	A MESMA	TEL....: 996111-4
PROCEDENCIA....	UPA-CIDADE DO POVO	
ATENDIMENTO....	FRATURA	
CASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIC DE AMBULANCIA: NAO
		TRAUMA: NAO

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

DADOS CLINICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
For no pillos - ovulio @ qto queda de antena	

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

DIAGNOSTICO:	CID:
--------------	------

PRESCRIÇÃO	CONFIRMAR	HORARIO DA MEDICINA
① Yperuvic 1g 7 E.D. apoc Demanda de rem ② Glicofuro 5mg 10 apoc		20/08

DATA DA SAÍDA: / /	HORA DA SAÍDA: : :
ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO	☐ DESISTÊNCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO	
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):	

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):											
OBITO:	☐	ATE 48HS	☐	APOS 48HS	☐	FAMILIA	☐	IML	☐	ANAT	☐

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____

*Don Pedro. Quiso el mto. no ir de la fe por lo que le dio
orden a don Juan (C)
10. Font. cabec. con (C) (G) y 1200. Salvo para José C. S.
a San Juan. Medico G. x
CRM.*

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 101601
 Numero do CNS.....: 704601620822425
 Nome.....: SUZANA FERREIRA SILVA
 Documento.....: NT Tipo :
 Data de Nascimento: 1/06/1968 Idade: 52 anos
 Sexo.....: FEMININO
 Responsavel.....: MANOEL CANDIDO DA SILVA
 Nome da Mae.....: ELDA FERREIRA SILVA
 Endereco.....: Q 10 A CASA 40 40
 Bairro.....: CIDADE DO POVO Cep.: 69900-000
 Telefone.....: 99613-5434
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 3692518
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0171
 Data da Internacao: 10/11/2019
 Hora da Internacao: 19:25
 Medico Solicitante: 744.686.342-00 - VINICIUS DE MACEDO MACALHAES
 Proced. Solicitacao: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ROSY

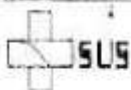
INFORMACOES DE SAIDA

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

320321633

121910056001

SAME / HUEB
 Cópia
 CONFORME ORIGINAL



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HUERB

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - N° DO PRONTO-SOLIC

10 - RACIÃO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. USE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de altura, apresentando trauma com fratura.

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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 MORTAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - ENTP DA SEGURADORA

40 - N° DO SEU

41 - CNP/EMPRESA

42 - CNP/EMPRESA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

UNIDADE:

NOME: *Silvia*

Condomínio Santa

IDADE: *34 anos*

REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO: *106*

DATA:

EVOLUÇÃO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORARIO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jose L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 463 - AC

Doença: Osteoartrite da articulação do joelho direito.
Exame físico: Dor leve no joelho direito, sem sinais de inflamação.
Exames: Radiografia de joelho direito - artrose moderada.

Tratamento: Analgésicos, fisioterapia.
Medicamentos: Paracetamol 500mg, 3x ao dia.
Exames de laboratório: Nenhum.

Evolution: Paciente evoluiu bem, sem dor.
Prescription: Paracetamol 500mg, 3x ao dia.
Horario: 08h às 18h.

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

MMS

EVOLUÇÃO	PRESENÇA	HISTÓRIA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DATA: 20/11/2016	10h15	10h15	10h15
PRATICA DE UMBRO PROXIMA +	10h15	10h15	10h15
TRATADA DE RADIO DISTAL	10h15	10h15	10h15
CS INTERVACAO	10h15	10h15	10h15
TRATAMENTO COM TENDÃO DE DOR EM	10h15	10h15	10h15
OMERO ESQUELETO APOS QUEDA DE	10h15	10h15	10h15
ALTURA	10h15	10h15	10h15
AO EXAME APRESENTA DOR E	10h15	10h15	10h15
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMERO,	10h15	10h15	10h15
APRESENTA DOR EM FUNDO	10h15	10h15	10h15
ESQUELETO	10h15	10h15	10h15
SSOLICITO EXAMES PRE	10h15	10h15	10h15
SOPELATORIOS	10h15	10h15	10h15
VISITADOR DR PEDRIGO VICK	10h15	10h15	10h15

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

SI

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M05

EXATIDÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO

1. DIETAVO PARA HAS SCS

20/05/2012 12:12:21

PRATICA DE RADIOLOGIA

2. DIFERENÇA TGR EV DE 0,4700 0,001

20/05/2012 12:12:21

EXATIDÃO

3. TRATAMENTO EXCADA 12/12 HORAS

20/05/2012 12:12:21

PACIENTE COM QUAISQUER DE TGR EM
ONERO ESCUENDO APOS GUEDA DE
ALTO

4. PLASAT TGR EV DILUIDO 1/8 HRS SCS
7. ONEPRATOL 40MG EV 1X DIA

20/05/2012 12:12:21

AO EXAME APRESENTA DOR E
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM CAMPO
APRESENTA DOR EM PUNHO
ESQUERDO

8. CUIDADOS GERIAS
9. SINAIS VITAS

20/05/2012 12:12:21

SOLICITO EXAMES PRE
SCORRATOPROS

10. CUIDADOS GERIAS

20/05/2012 12:12:21

VISITADOR DR RAFAEL OR
FRANCISCA

11. CUIDADOS GERIAS

20/05/2012 12:12:21

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

1985

2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/01/79 ESPANHA DE LÍMITE PROVÍNCIA PRATICA DE RADIO DENTAL CD INTERNAÇÃO PACIENTE COM DOLOR DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUEÇA DE ALTA AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO SSOCHITO EXAMES PRE OPERATORIOS VISTADOR NR FRACIOTELI	1. DICTA VO PARA LHAS 2. SER GOSTAR DE LHAS 3. DIFERENÇA POR EV DILATADO EV H 4. TRAMPA TOMBOS + DIAL SP 8/8 EV 8/8 5. TRAMPA TOMBOS EV DILATADO EV H 6. PLASAL TOMBOS EV DILATADO DE HRS SIN 7. DIFERENÇA DE EV H 8. DILATADO GERMAS 9. SINAIS VITAS	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Suzana da Silva Ferreira
Téc de Enfermagem
COREN: 26817

REGISTRO

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

204

EVOLUCAO	PRESCRICAO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNOSTICO	1. DIETA HIPOPARATICA S.O.D.V.	Cópia da evolução
TRATAMENTO DE ENFERMAGEM	2. SÍT. SOCIA. INIZADA	Cópia da evolução
PRATICA DE RACIO SITAL	3. DIFERENCIAL TOR. EV. DE DIFERENCIAL	Cópia da evolução
CD. INTERVENCAO	4. TRATAM. INIMIG. + 100ML SFO. B.V. EV. 24H	Cópia da evolução
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUESA DE ALTURA	5. TILADIL 20MG EV. CADA 12/12 HORAS	Cópia da evolução
AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOSSIBILIDADE FUNCIONAL EM OMBRO APRESENTA DOR EM FUNDO ESQUERDO	6. PLASAL. LONG. EV. 24H	Cópia da evolução
SSOLICITO EXAMES PRE OPERATORIO	7. OMEPRAZOL 40MG EV. 1X/DIA	Cópia da evolução
	8. CUIDADOS GERAIS	Cópia da evolução
	9. SINAIS VITAIS	Cópia da evolução

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

51	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	404
----	-------------------------------------	-----

ANALYSIS OF THE EFFECTS OF THE 1997-1998 EL NIÑO

1. MEIN GEFÜHL

2. PIPEBOND 169 EVOLUA?200 6.6M

2. THERMAL TONING: 100W, 84.9% EV 8.8H

6. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N

4. SIGNATURE

CONFORME ORIGINAL
SAME / HUEB
CÓPIA

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

2014

EVENTO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO	1. DNE TA VO PACTADO 21/2		DNE CANCELADO
PROBLEMAS DE SAÚDE ATENDIDA	2. SBL 50241 AT 12/12/14		SBL 50241 AT 12/12/14
PRATO DA DE RÁCIO DITAL	3. DIPIRONA 1GB EV DEUATRO 6:00		DIPIRONA 1GB EV DEUATRO 6:00
CD. INTERNACAO	4. TRAMAL TONIT 100ML SFL 9/14 EV 10/14		TRAMAL TONIT 100ML SFL 9/14 EV 10/14
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM LIMBO ESQUELETO APÓS QUEDA DE ALTA	5. TRAMAL 200MG EV CADA 12 HORAS 12		TRAMAL 200MG EV CADA 12 HORAS 12
	6. PULSIL TONG EV DILUIDO 688 HRS S/N		PULSIL TONG EV DILUIDO 688 HRS S/N
	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA
	8. CUIDADOS GERAIS		CUIDADOS GERAIS
	9. SINAIS VITAIS		SINAIS VITAIS
AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM CMEZO			
APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUELETO			
SSOALICHO EXAMES PRE			
SUPERVISORES			

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Desconsiderar

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM - Corregedor e Insupecção
CRM 2217

HISTÓRICO

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMGB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

2014

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMEIRO

01/01/2014

MEDICAMENTO PARATENS 50mg

FRATURA DE VERTÉBRAS LOMBARES
FRATURA DE RÊMIO DISTAL

1. DISSOLUÇÃO DE DILATAÇÃO 60H

2. TRATAMENTO DE CADA 12 HORAS

COM INTERVALO

PACIENTE COM AUMENTO DE DOR EM
OMERO ESQUERDO APÓS QUESIDA DE
ALFURA

6. PLASST 10MG EV DILUIDO 800 HRS S/N

7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. SINAIS VITAIS

AO EXAME APRESENTA DOR E
IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMERO
APRESENTA DOR EM PUNHO
ESQUERDOSSOALCITO EXAMES
SOOPERATORIOS PRE

Dr. Marcelo S. Jr.
Cirurgião e Traumatologista
CRM 22.11

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CIMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

204

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	PROBAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNOSTICO		1. DIETAS PARASIS		
FRATURA DE TIBIO PERONEO PROXIMAL -		2. SDR. 2000. 10.000		
FRATURA DE RADIO DISTAL		3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO BSH		
CD INTERFERON		4. TRAMAL 100MG - 100ML SFO 9% EV BSH		
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM		5. TRATIL 20MG EV COMA 12H2 HORAS		
OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE		6. PLASIL 10MG EV DILUIDO BSH 8HS SIN		
AL TUBA		7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA		
AO EXAME APRESENTA DOR E		8. CURADOS GERAIS		
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO		9. SINAIS VITAIS		
APRESENTA DOR EM PUNHO				
ESQUERDO				
SOLICITO EXAMES PRE				
OPERATORIOS				
CONJUNTA DO DR RAFAEL UMERO				
TRATAMENTO CONSERVADOR(TPICA				
POR 4 SEMANAS)				
CONJUNTA DO DR FRANCIS FIXADOR				
EXTERNO - FALTA ACUMULADA				
MAIS RAPIDO POSSIVEL				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 204

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI011011179 FRATURA DE RADIO DISTAL CD. INTERNAÇÃO PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE ALTEIRA AO EXAME APRESENTA DOR E APOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO SSOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS: CONDUTA DO DR RAFAEL UMIRO TRATAMENTO CONSERVADOR (TIOIA POR 4 SEMANAS) CONDUTA DO DR FRANCIS FIKADOR EXTERNO FAZER AGOT 10 PS. O MAIS RAPIDO POSSIVEL AGUARDANDO CURELUGIA DO RADIO DISTAL VISITADOR: DR FRANCIS FIK	1 DIETA VO PARA TRAS 12 HRS 2 SRT 500ML 100MG 3 DIPROFOMA 1GR EV DILUIDO 200ML 4 TUMMAL 100MG - 100ML SFO 8% EV 80ML 5 TUMMAL 200MG EV CADA 12 HRS 6 PLASIL 10MG EV DILUIDO 800 HRS SIN 7 OMEFRAZOL 40MG EV 1X DIA 8 CUIDADOS GERAIS 9 SINUS VITAS	10/01/2011 11/01/2011 12/01/2011 13/01/2011 14/01/2011 15/01/2011 16/01/2011 17/01/2011 18/01/2011 19/01/2011 20/01/2011 21/01/2011 22/01/2011 23/01/2011 24/01/2011 25/01/2011 26/01/2011 27/01/2011 28/01/2011 29/01/2011 30/01/2011 31/01/2011 01/02/2011 02/02/2011 03/02/2011 04/02/2011 05/02/2011 06/02/2011 07/02/2011 08/02/2011 09/02/2011 10/02/2011 11/02/2011 12/02/2011 13/02/2011 14/02/2011 15/02/2011 16/02/2011 17/02/2011 18/02/2011 19/02/2011 20/02/2011 21/02/2011 22/02/2011 23/02/2011 24/02/2011 25/02/2011 26/02/2011 27/02/2011 28/02/2011 29/02/2011 30/02/2011	10/01/2011 11/01/2011 12/01/2011 13/01/2011 14/01/2011 15/01/2011 16/01/2011 17/01/2011 18/01/2011 19/01/2011 20/01/2011 21/01/2011 22/01/2011 23/01/2011 24/01/2011 25/01/2011 26/01/2011 27/01/2011 28/01/2011 29/01/2011 30/01/2011 31/01/2011 01/02/2011 02/02/2011 03/02/2011 04/02/2011 05/02/2011 06/02/2011 07/02/2011 08/02/2011 09/02/2011 10/02/2011 11/02/2011 12/02/2011 13/02/2011 14/02/2011 15/02/2011 16/02/2011 17/02/2011 18/02/2011 19/02/2011 20/02/2011 21/02/2011 22/02/2011 23/02/2011 24/02/2011 25/02/2011 26/02/2011 27/02/2011 28/02/2011 29/02/2011 30/02/2011

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Carlos Roberto de Jesus Silva
Enfermeiro
CORREN - AC 395.715

DR. FRANCIS FIK
CRM/AC 1670

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACIONS UNIDAS, 710 - JOSEFIM - RIO GRANDE - CEP: 99000-000 - Tel.: (51) 3084

CGC - 04.034.526/0002-24

Pág. 1

Paciente.: SUZANA FERREIRA SILVA (EME)
Requisicao: 19.PC.2.113356
Num. do BE: 02682518

Idade.: 51A
Requis.: 11/11/19

US. Origem.: HUERB/PS^{CC3}
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	4,91	/mm ³	MR: 4,4-5,6 a 10,4 a 50,0 (milhoes/mm ³)
Hemoglobina:.....	12,60	g/dL	GM: 12,1 a 16,0 12 a 18 g/dL
Hematocrito:.....	37,00	%	VE: 37,1 a 47,4 37 a 47 %
VCM:.....	92,70	fL	VM: 78 a 100 fL
HCM:.....	28,00	pg	VM: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,60	g/dL	VM: 33 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	17,700	/mm ³	WBC: 5,000 a 10,000 /mm ³
Basófilos:.....	0	%	VB: 0 a 2 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	VB: 0 a 0,5
Eosinófilos:.....	0	%	VB: 0 a 5
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	VB: 0 a 0,5
Mielócitos:.....	0	%	VB: 0 a 5
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	VB: 0 a 0,5
Metamielócitos:.....	0	%	VB: 0 a 5
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	VB: 0 a 0,5
Bastões:.....	1	%	VB: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	177	/mm ³	VB: 0 a 0,5
Segmentados:.....	40	%	VB: 40 a 60 %
Valor Absoluto:.....	14,160	/mm ³	VB: 20 a 40 %
Linfócitos:.....	15	%	VB: 20 a 40 %
Valor Absoluto:.....	2,655	/mm ³	VB: 20 a 40 %
Monócitos:.....	4	%	VB: 20 a 40 %
Valor Absoluto:.....	108	/mm ³	VB: 20 a 40 %
Blastos:.....	0	%	VB: 20 a 40 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	VB: 20 a 40 %
Observação:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CEP ROJAC 01 11/11/19 às 17:05-Contato: 11/11/19 às 16:15-16 Via Impressa: 11/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas	323,000	VR: 150 a 450.000 /mm ³

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CEP ROJAC 01 11/11/19 às 17:05-Contato: 11/11/19 às 16:15-16 Via Impressa: 11/11/19

HUERB

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA *

Paciente: SUZANA FERREIRA SILVA

ID paciente:

ID amostr: S1

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113356

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 11/11/2019

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

História:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	118	mg/dL		
URE	24	mg/dL		
CRE	1.1	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 11/11/2019

Data/Hora teste: 11/11/2019

Data/Hora impr.: 11/11/2019 16:10

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 22

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Assinado digitalmente
por [nome] em 11/11/2019
16:10:10

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACIÃO UNIDAS, 40 - JARDIM - 11.000-000 - SÃO PAULO - SP

CGC - 04.034.526/0002-24

Página 1

Paciente: SUZANA FERREIRA SILVA (EME)
Requisição: 19.PC.2.112162
Num. do BE: 02682518

Local: 111
Requisição: 19/11/19

US. Origem: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	4,63	mm3	VR: 3,4-5,8	em milhões/mm3
Hemoglobina (g/dL)	13,60	g/dL	VR: 11,7-15,3	M-12 a 16 g/dL
Hematócrito (%)	39,90	%	VR: 36,4-47,7	a 44 %
MCH	29,38	pg	VR: 26 a 34	pg
MCHC	29,20	g/dL	VR: 25 a 34	g/dL
CHCM	34,95	g/dL	VR: 31 a 36	g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos Globais	10,00	mm3	VR: 4.000 a 12.000	mm3
Bançalões	0	%	VR: 0 a 1 %	
Valor Absoluto	0	mm3		
Eosinófilos	3	%	VR: 1 a 5 %	
Valor Absoluto	166	mm3		
Mielócitos	0	%	VR: 0 a 5 %	
Valor Absoluto	0	mm3		
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 2 %	
Valor Absoluto	0	%		
Bastões	0	%	VR: 0 a 3 %	
Valor Absoluto	0	mm3		
Segmentados	52	%	VR: 54 a 64 %	
Valor Absoluto	61,324	mm3		
Linfócitos	33	%	VR: 20 a 35 %	
Valor Absoluto	3,366	mm3		
Monócitos	2	%	VR: 2 a 8 %	
Valor Absoluto	2,04	mm3		
Plaquetas	0	%	VR: 0 a 1	
Valor Absoluto	0	mm3		
Observação				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rosemery M. Silva
Química Clínica
Capítulo 4.5.1.2.3

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVERO 15/11/19 às 13:47 Colônia 15/11/19 às 13:40-14. Via Impressão: 15/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	2 minutos e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	5 minutos e 30 segundos	VR: 2 - 12 minutos
Contagem de Plaquetas	435.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVERO 15/11/19 às 13:47 Colônia 15/11/19 às 13:40-14. Via Impressão: 15/11/19

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

PHONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: SUZANA FERREIRA

ID paciente:

ID amostr: 42

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2112162

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Fem

Data da coleta: 15/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	71	mg/dL		
URE	30	mg/dL		
CRE	0.9	mg/dL		
Na	133	mmol/L		
K	4.3	mmol/L		
CL	102	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 15/11/2019

Data/Hora teste: 15/11/2019

Data/Hora impr.: 15/11/2019 13:17:19

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 00

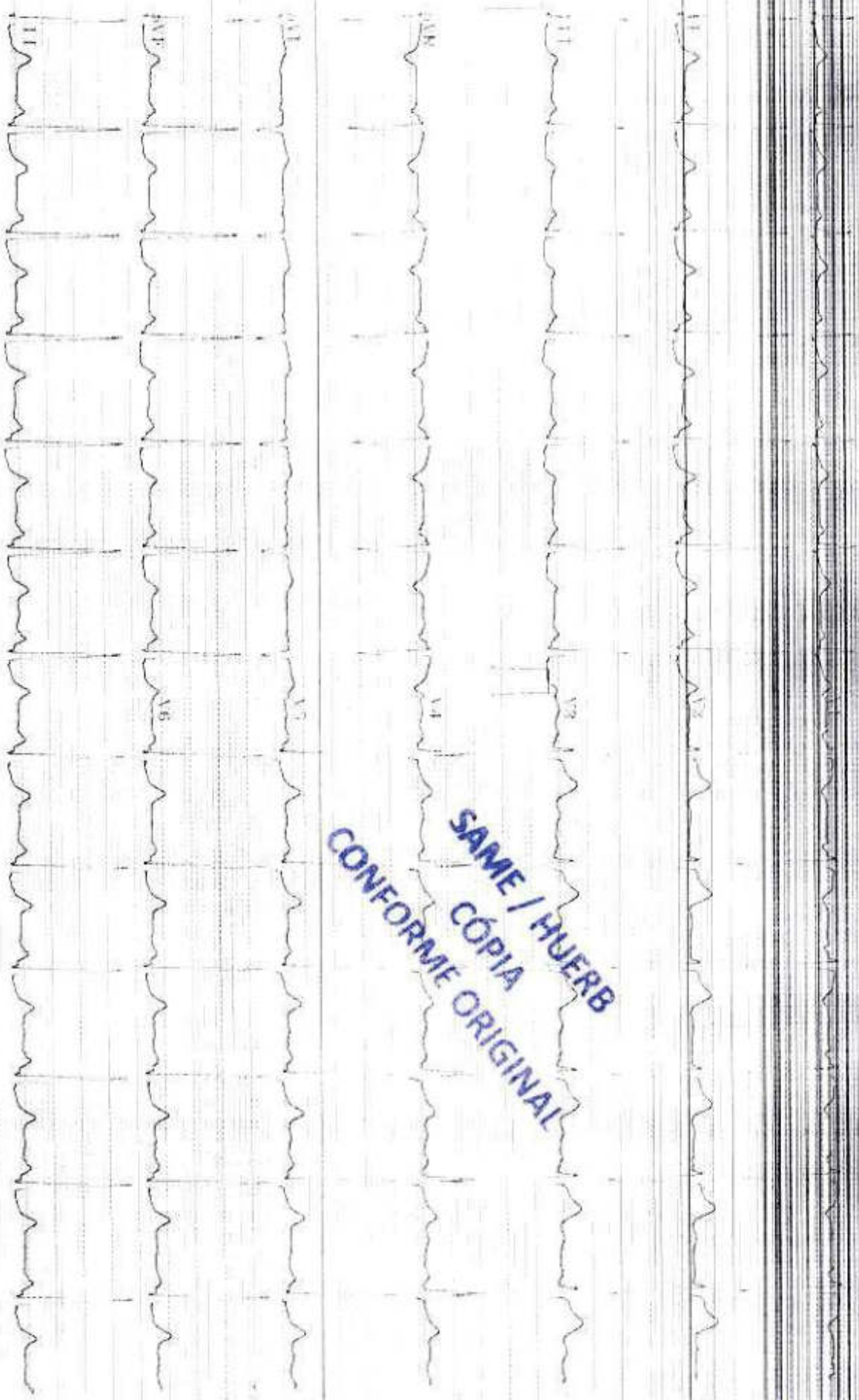
SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

COPIA
CONFIRMAR ORIGINAL
09/11/2019 13:17:19

Quercus laevis Chapm. Don

27:45h

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Pacientes vítimas de queda da palpebra e lábio
expondo-se com lesões internas em membros superiores e inferiores

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fratura de Ulna e Rádio (E)

Motivo da Cobrança: 12

- 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. PRÓP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSICUIATRIA
- 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/ PERM. REC. RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTE, COMENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTE, DE 24 A 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTE, DE 48 A 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTE 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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 REOPERAÇÃO C/ PERM. REC. RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/ PERMANÊNCIA CIRÚRGICA NASCIDO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO 204

DA CLÍNICA: Wapacá LEITO Nº 1303 A CLÍNICA: Cordeiro

PACIENTE: Suzana Ferreira Silveira

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 51a anos, com o diagnóstico
de Fratura de Ulna proximal e
Fratura de rádio distal.

Solicito Visita Cirúrgica

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 11/11/19 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

RD - Fr. Ulna proximal e Fr. Rádio distal.
AC - BOM 20 e 18 dias de evolução
AP - BOM
sem dor, sem edema, sem hematoma
deformidade.

Dr. Manoel 15/11/19

Dr. Welber de Lima
CRM 43.000-0
CRM 1492

NOME DO MÉDICO:

DATA: 11/11/19 HORA:



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REPRESADA

REQUERIMENTO

Eu, Suzana Ferreira Silva

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
☐ Relatório da cirurgia realizada,
☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
☐ Declaração para Planejamento Familiar,
☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 56759 Médico: Dr. Francis

Entrada: 28/11/2019 Saída: 30/11/2019

Convênio: SUS Telefone: (68) 99612-3434

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DUAT

Nome do Paciente: A mesma

Parentesco com Paciente: _____

Suzana Ferreira Silva

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 09/12/2019 Hora: 09:43

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM
ADMISSÃO DE PACIENTES CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Data da Internação: 28/11/2019 Hora: 1422 Prontuário: 56719 _ 2
Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Vasc: 01/06/1968 Leito:
Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA
Procedência: RESIDENCIA Acompanhante: [x] Sim [] Não
Cor da Pele: Parda Quem: _____
Nome da mãe: ELDA FERREIRA SILVA

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA ACIONAMENTO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

ESTADO NUTRICIONAL () Normal () Acima do peso () Emagrecido () Desnutrido
() Paciente com perda ou ganho de peso em curto espaço de tempo - **acionar nutricionista**
PADRÃO DE SONO E HUMOR Padrão de sono: () Sem alterações () Com alterações (insônia)
Humor: () Sem alterações () Com alterações
OBS.: Em caso de alterações acionar psicologia clínica
RESPIRAÇÃO E LOCOMOÇÃO () Paciente com dificuldade respiratória e/ou locomoção - **Acionar fisioterapia**
SITUAÇÃO VULNERÁVEL () Idoso sem acompanhante () Criança sem acompanhante () Violência (doméstica, infantil, etc.)
Em caso de preenchimento de algum item acionar assistente social

DISPOSITIVOS

ACESSO VENOSO () Periférico () Central () Dissecção Venosa Nº de dias: _____
Acesso venoso realizado no momento da internação:
Abocath nº _____ Multivias: () Sim () Não Equipo: () Sim () Não

Assinatura e carimbo do profissional: _____

OBSERVAÇÕES

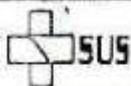
Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 08.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Data: 28/11/19 às 16:50 hs

Assinatura/COREN: _____

Augusto Lima de Oliveira
Enf.º
COREN - AC 515.785 ENF



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HVERB			
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HST		4 - CNES	
Identificação do Paciente		8 - Nº DO PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE Suzana Ferreira da Silva			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO Masculino ☐ 1 Feminino ☒ 3	10 - RAÇA/COR
			10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			
17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Fx de úmero proximal (E) (conservador) + Fx de radio distal (E)		material: - placa em T - FK	

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Cirurgia			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Paciente com cirurgia agendada p/ o dia 26.11.19			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID-10 PRINCIPAL	25 - CID-10 SECUNDÁRIO
Fx de radio distal (E)			26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Internação					
29 - CLÍNICA		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO		() CNS () CPF			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
Dr. Francis K		21/11/19			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAS EMPRESA	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				44 - CSOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CDD, ORGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
				Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
11/11					



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Leito: 305-A
Data: 24/11/14 Prontuário: 56719-2 Data de Nascimento: 03/06/1968
Nome da Mãe (se homônimo): Eida Ferreira Silva

INFORMAÇÕES DA CIRURGIA

Procedimento Cirúrgico: Fratura de Rádio Ulnar + Fratura Umero Proximal
Porte da Cirurgia: () Pequeno () Médio () Grande Cirurgião: Dr. Francis
OBSERVAÇÕES:

AVALIAÇÃO DE RISCOS

ITENS	5	4	3	2	1	PONT
Tipo de Posição Cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina	1
Tempo de Cirurgia	Acima de 6 horas	De 4 a 6 horas	De 2 a 4 horas	De 1 a 2 horas	Até 1	2
Tipo de Anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local	
Superfície de Suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pernas estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campo de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de espuma convencional + coxins de viscoelástico	3
Posição dos Membros	Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço com alinhamento. Mento-esternal	Abertura dos membros superiores < 90°	Posição Anatômica	2
Comorbidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença Vascular	Sem comorbidades	1
Idade do Paciente	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos	2
Valores de Referência:	Menor Risco: 7 a 19 pontos; Maior Risco: 20 a 35 pontos				TOTAL	

História de queda até três meses	Não: 0		Sim: 25	025
Diagnóstico secundário	Não: 0		Sim: 15	0
Deambulação	Normal/resolvido ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoiado nos móveis: 30	0
Dispositivo Intravenoso	Não: 0		Sim: 20	20
Marcha	Normal/limpela: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	0
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0		Esquece suas limitações: 15	0
Valores de Referência: sem risco (≤24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥51)			TOTAL	45

TOTAL										
0										

Cateter Central: ()	Local:
Cateter Periférico: <u>PR</u>	<u>MSD</u>
Sonda Alimentar: SNG () SOG () SNE ()	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Drenos:	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Outros:	

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO, HSJ, CC - 003
Versão: 002, Página 1 de 3



FORMULÁRIO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 04/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Edla Ferreira Silva

CHECK LIST DA CIRURGIA SEGURA

Identificação - Hora: <u>00:50</u> hs	Confirmação - Hora: _____ hs	Registro - Hora: _____ hs
Paciente confirmou a identidade: ☒ Sim () Não	Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções: () Sim () Não	Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo o procedimento executado: () Sim () Não
Pulseira de identificação presente: ☒ Sim () Não	Cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem confirmam verbalmente: Identificação do Paciente: () Sim () Não Procedimento: () Sim () Não Sítio Operatório: () Sim () Não	Registro completo do anestesista, incluindo medicamentos utilizados: () Sim () Não () Não se aplica
Paciente sabe informar qual procedimento será realizado: ☒ Sim. Qual: <u>Rádio</u> ☐ Não. Motivo: _____	Revisão do cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas: () Inexistente () Sim. Qual: _____	Registro completo de enfermagem: () Sim () Não
Sítio cirúrgico demarcado: ☒ Sim () Não	Duração Prevista da Cirurgia: _____ hs	Venóclise e soro identificados? () Sim () Não () Não se aplica
Presença de prontuário completo: ☒ Sim () Não	Previsão de Perda Sanguínea: () Sim () Não	Sonda vesical fixada: () Sim () Não () Não se aplica
Consentimento assinado: ☒ Sim () Não. Motivo: _____	Revisão do anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente: () Não () Sim. Motivo: _____	A contagem de compressas está correta: () Sim () Não
Presença de Avaliação Pré-Anestésica: ☒ Sim () Não. Motivo: _____	As imagens essenciais estão disponíveis: () Sim () Não	Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental: () Não () Sim. Qual: _____
Carro de anestesia completo, testado e funcional: ☒ Sim () Não	Revisão da equipe de enfermagem com os materiais necessários: () Instrumental necessário presente () Materiais Especiais (órtese e próteses) () Todos dentro do prazo de esterilização () Presença de indicadores de esterilização () Equipamentos necessários presentes Alguma preocupação com equipamentos: () Não () Sim. Qual: _____	Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica: () Com lesão () Sem lesão () Não se aplica Qual lesão: _____
Monitorização testada e funcional: ☒ Sim () Não	A profilaxia antimicrobiana foi realizada: () Sim () Não () Não se aplica	Identificação da amostra de anatomopatológico adequada: () Sim () Não () Não se aplica
Alergias Conhecidas: ☒ Não () Sim. Qual: _____		Observações:
Vias áreas difíceis ou risco de aspiração: ☒ Não () Sim. Equipamento/Assistência disponível		
Risco de perda sanguínea >500ml (07ml/kg em crianças)? ☒ Não () Sim e acesso adequado		
Se sim, há reserva de hemocomponentes? () Sim ☒ Não () Solicitado		
Presença de próteses (dentária ou outras): () Sim ☒ Não		
OBSERVAÇÕES:	OBSERVAÇÕES:	OBSERVAÇÕES:
Cirurgião:	Anestesista:	Responsável pelo preenchimento:
CRM:	CRM:	Registro:
Auxiliar de cirurgia 1:	Enfermeiro:	Assinatura:
Auxiliar de cirurgia 2:	Instrumentador:	
Auxiliar de cirurgia 3:	Circulante:	

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC - 003
Versão: 002, Página 2 de 3



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilvaData de Nascimento: 03/06/68Data: 29/11/19Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | |
|---|---|
| ☐ Risco para infecção | ☐ Proteção Ineficaz |
| ☒ Risco de glicemia instável | ☒ Risco de sangramento |
| ☒ Integridade da pele prejudicada | ☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquidos |
| ☐ Eliminação urinária prejudicada | ☐ Integridade tissular prejudicada |
| ☐ Mobilidade física prejudicada | ☐ Risco de lesão por posicionamento perioperatório |
| ☐ Padrão respiratório ineficaz | ☒ Risco de queda |
| ☐ Conhecimento deficiente | ☐ Risco de hipotermia perioperatória |
| ☒ Ansiedade | ☐ Dor aguda |
| ☐ Náuseas | ☐ Outros: |

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

- | | |
|--|-----------|
| ☐ Posicionar paciente com alinhamento corporal, usando suporte adequado | |
| ☒ Aferir e registrar SSV de 4/4 horas | ROTINA |
| ☒ Levantar grades da cama | ATENÇÃO |
| ☒ Travar as rodas da maca durante a transferência para o leito | ATENÇÃO |
| ☐ Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir | |
| ☐ Medir e anotar diurese de ____ / ____ horas | |
| ☐ Lateralizar a cabeça do paciente se queixa de náusea | |
| ☒ Monitorar a presença de sinais flogísticos na ferida operatória | OX DO DIA |
| ☐ Posicionar o paciente em decúbito de ____ ° (graus) | |
| ☒ Avaliar cor, temperatura e umidade da pele | ANOTAR |
| ☐ Colocar manta térmica | |
| ☒ Avaliar condições do curativo | OB |
| ☐ Infundir soluções venosas aquecidas | |
| ☐ Instalar oxigênio em () cateter nasal ou () máscara venturi ____ l/min | |
| ☐ | |

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15:08:50 h. prti da entrada no c.c. para realizar procedimento aos cuidados do Dr. Francisco. Não em contato com o paciente, apenas observando.

15:10 h. segue para S.O. n.º 1, para início do procedimento.

As 19:00 Paciente recebeu com seus pais e irmãos seu quarto e foi encaminhada ao leito, acompanhado da equipe de enfermagem e da c.c. familiares e levando ao círculo da equipe de enfermagem.

PROBLEMA ATIVO

CONDUTA

META

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Fabíola de Oliveira Barbosa
Enfermeira
COREN - AC 473411 - *

Márcia Coelho Rodrigues
Enfermeira
COREN / AC 305.771

Entregue com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC . 003
Versão: 002, Página 3 de 3



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilvaLeito: 105. AData: 29/10/19Data de Nascimento: 02/06/1968Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento Cirúrgico:

Fratura de Rádio Distal + F. Ulnar ProximalHora: 08:50 hsPA 100x60 mmHgFC 88 bpmTax 38 °CSatO2 97 %Altura 1.60 mPeso: 63 kgN ☒ Acordado ☒ Lúcido ☐ Desorientado ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ SedadoL ☒ Deambulando ☐ Cadeira de Rodas ☐ MacaES ☒ Ansioso ☐ Tranquilo ☐ EmotivoCI ☐ Não ☒ Sim Qual:1 Cesário, 1 MúmiaCO ☐ HAS ☐ Diabetes Mellitus ☐ Outras: NegaIM ☒ Não ☐ Sim Qual:EX ☒ Laboratoriais: ☒ Sim ☐ NãoImagem: ☒ Sim ☐ NãoAL ☐ Risco Cirúrgico: ☐ Sim ☐ NãoAL ☒ Não ☐ Sim Qual:PR ☐ Tricotomia: ☐ Sim ☐ NãoJejum: ☒ Sim ☐ Não Há Quanto tempo: 13 hRetirado próteses, lentes e adornos: ☒ Sim ☐ NãoEntregues ao familiar: ☒ Identificadas e guardadas no armário: ☐AC ☒ Portanto AVP: ☒ Sim ☐ NãoBom fluxo: ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

As 08:50 paciente deu entrada no pré-operatório para submeter-se a tratamento cirúrgico, portando AVP em RSD com bom Fluxo. Tec Glaucia Glaucia Aguiar

COREN/AC 000.760.893

As 13:30 Realizada a troca de acesso pós o mesmo infiltrou, utilizado O Alkath v=18 + v=20 Pós paciente difícil acesso, equipe, múltiplas vias + materiais de retina P/HV.

Reimunda G. Souza
Téc. Enfermagem
COREN/AC 001.314.988

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 09.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Surona Ferreira Silva Data de Nascimento: 1/6/1968
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Eldo Ferreira Silva

TRANS-OPERATÓRIO

Sala Operatória: 2 Horário de Entrada: 16:18 hs
Cirurgia: Interno do pé direito Distal ténico Local Anatómico da Cirurgia:

Equip: Cirurgião: Dr. Jhonis Auxiliar: Alcino
Instrumentador: Alex Perfusionista:
Anestesiologista: Valdelya Circulante: Bruna
() Local () Sedação () Raquideana () Peridural (X) Plexo
(X) Geral Venosa () Geral Inalatória

Início da Anestesia: 16:35 hs Início da Cirurgia: 16:58 hs

SINAIS VITAIS

HORA	PA	FC	SPO2	TAX
<u>17:10</u>	<u>114x80</u>	<u>88</u>	<u>100%</u>	-
<u>17:26</u>	<u>114x69</u>	<u>71</u>	<u>100</u>	-

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: (X) Decúbito Dorsal ou Posição Supina () Trendelenburg
() Decúbito Ventral ou Posição Prona () Trendelenburg Reversa
() Decúbito Lateral Direito () Ginecológica ou Litotômica
() Decúbito Lateral Esquerdo () Fowler () Canivete

ACESSOS VASCULARES: Portanto AVF: (X) Sim () Não Bom fluxo: (X) Sim () Não () Não se aplica

INTUBAÇÃO: Tubo Orotraqueal: (X) Sim () Não Nº do tubo: 7,0 Quantidade:
Hora da intubação: 17:10 hs Hora da extubação: 17:44 hs

OXIGENOTERAPIA: Faz uso O2: (X) Sim () Não Litros/Minuto:
Hora de início: 17:00 hs Hora de término: : : hs

SONDA: Faz uso sonda: () Sim (X) Não Qual: Quantidade:

DRENOS: Característica:
Faz uso drenos: () Sim (X) Não Qual: Quantidade:

BISTURIA: (X) Sim () Não Tipo: (X) Monopolar () Bipolar () Não se aplica
Local da Placa Dispersiva:

PORTO DE INJEÇÃO: (X) Porte I (até 2 horas) () Porte II (2 a 4hs) () Porte III (4 a 6hs) () Porte IV (> 6hs)

PEC: () Sim (X) Não Qual:

Término da Anestesia: : : hs Término da Cirurgia: 17:34 hs

SAÍDA: Encaminhado às: 17:40 hs (X) Maca () Cadeira de Rodas
CIRURGIA: Local: (X) ORPA () UTI () Leito () Residência () Outra instituição Hospitalar. Qual:

ANEXO: (X) Check List de Cirurgia Segura (X) Relatório de Cirurgia
(X) Rastreabilidade do Material (X) Ficha Anestésica
(X) Controle de Gasto de Material (X) Prescrição Médica
() Ficha de Alto Custo () Pedido de Anátomo Patológico () Exames

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruna Castro
Enfermeira
Código: 001.325.395

confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-35
Rua Alvorada nº 308 - Bosque



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data: ____/____/____

Nome da Mãe (se homônimo): _____

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 01/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário de Entrada na URPA: 17:45 hs Acompanhado por: _____
Cirurgia: F. de esôfago distal + F. gástrico Anestesia: Geral + Plac
NI: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☒ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Agitado
Q: ☐ Dor ☐ Êmese ☐ Náuseas ☐ Frio ☐ Dispneia
☐ Tonturas ☐ Outras. Especificar: _____
OXIG: ☐ Faz uso O2: ☐ Sim ☒ Não Litros/Minuto: _____
Hora de início: _____ hs Hora do término: _____ hs
Local: MSE Tipo: oculista / compressão
Hemorragia: ☐ Sim ☒ Não Extremidades: ☒ Aquecidas ☐ Frias ☐ Frias
☐ Cianóticas ☒ Perfundidas
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____
Diurese: ☐ Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____

SINAIS VITAIS

15min	30min	45min	60min	1H e 30min	2H
<u>168x102</u>	<u>162x98</u>	<u>168x97</u>	<u>154x96</u>		
<u>58 bpm</u>	<u>57 bpm</u>	<u>56 bpm</u>	<u>59 bpm</u>		
<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>		

ESCALA DE DOR



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Total: 0

SAÍDA: Encaminhado às: 19:00 hs ☒ Maca ☐ Cadeira de Rodas
Local: ☐ UTI ☒ Leito ☐ Residência ☐ Outra instituição Hospitalar. Qual: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 38
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

RIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Tec. Angélica
CNPJ: 00.529.443/0003 - 38



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 03/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ESPECIFICAÇÃO		NOTA	30min	60min	90min	120min
ATIVIDADE	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2				
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1	1	1	1	
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0				
RESPIRAÇÃO	Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	
	Dispnéia ou limitação da respiração	1				
	Apnéia	0				
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	
	PA em 20 - 49% do nível pré-anestésico	1				
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0				
CONSCIÊNCIA	Lúcido e orientado em tempo e espaço	2	2	2	2	
	Desperta, se solicitado	1				
	Não responde	0				
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	
	Necessita de O ₂ suplementar para manter saturação O ₂ > 90%	1				
	Saturação de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0				
OP De 08 a 10 pontos, paciente apto para alta		TOTAL				

DATA E HORÁRIO DE LIBERAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO ANESTESISTA

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

29/11/19 19:00 HS

Márcia Costa
CORJ. 11.771

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PA: 150 x 80 mm.
Gabriel, 41 anos



FORMULÁRIO

CONTROLE DE DÉBITO DE SALA - MATERIAL DE ALTO CUSTO

Paciente: Surgono ferrene silve

Prontuário: 56719-2

Data: 29/11/19

Sala Operatória:

Convênio: Sus

Circulante: Bruno

Cirurgia: Fratura de raio dental + histeria

Cirurgião: Dr. Jonin

Medicamento	Quant.	Código de Barras
ALBUMINA HUMANA 20% /50ML		OCTEOTIDA 0,5 MG/1 ML (SANDOSTATIN)
DEXMETOMETIDINA 100MG/2ML (PRECEDEX)		SELANTE DE FIBRINA C/2 ML (TISSEEL)
ERITROPOETINA 4000 UI (EPREX)		SUGAMADEN 200MG/2 ML (BRIDION)
ERTAPENEM 1G (INVAZ)		SURFACTANTE DE ORIGEM PORCINA 240 MG/3 ML (CROSURF)
FLUCONAZOL 200 MG/ 100 ML BOLSA (ZOLTEC)		TEICOPLANINA 400 MG (TARGOCID)
FLUMAZENIL 0,5 MG/0,5 ML (LANEXAT)		TERLIPRESSINA 1 MG/5 ML (GLYPRESSIN)
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MG/ 2 ML (MATERGAN)		
MEROPENEM 1G (MEROMAX)		

Materiais	Quant.	Código de Barras
AGULHA PERIDURAL N°		FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 22 MM (ETHIBOND)
AGULHA BIÓPSIA QUICK CORE 16 G/20 CM BIOPSY LIDE		FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 17 MM (ETHIBOND)
CÂNULA BIÓPSIA HEPÁTICA 16X30 MM		FIO POLIPROPILENO AZUL 7 C/AG DUPLA 9,3 MM (PROLENE)
CATETER DUPLO LUMEN 7 FRX30 CM ADULTO		FIXADOR DE CATETER TEGADERM
CATETER DUPLO LUMEN 4FRX13 CM PEDIÁTRICO		KIT AGULHA DE PERIDURAL + CATETER DE PERIDURAL N°
CATETER DUPLO J RABO DE PORCO 6 FR 22/32 CM		KIT CATETER P/ HEMODIÁLISE N°
CATETER EMBOLECTOMIA (FUGARTY) N°		KIT DILATADOR RENAL AMPLATZ
CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL 9 FR		KIT DRENAGEM PERCUTÂNEA NEFROSTOMIA RABO DE PORCO 14 FR X 30 CM
CATETER UMBILICAL 2 VIAS 5 FR 40 CM		KIT NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA 14 FR
CATETER UMBILICAL DUPLO LUMEN 3,5 MM		KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA 20 FR
CATETER URETRAL P/ PIELOGRAFIA 6 FRX70 CM		LIGA CLIP AZUL MÉDIO
CATETER VENOSO CENTRAL 3 FR/30 CM PEDIÁTRICO		LIGA CLIP VERMELHO PEQUENA
CATETER VENOSO CENTRAL 4,5 FR/40 CM ADULTO		MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO ADULTO
CPAP NASAL P/ OXIGENIOTERAPIA N°		MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO PEDIÁTRICA
DRENO DE BLAKE 24 FR		RESERVATÓRIO JYAC 300 ML
DRENO DE KHER N°		SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N°
DILATADOR HEMOFLOW P/ POLISULFONA		SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEOSTOMIA N°
DIU MIRENA (LEVONORGETREL)		SLING TRANSOBTURATÓRIO HALO OBTRYX II
DIU OPTIMA (COBRE)		SONDA DOBBHOFF N°
EQUIPO ARTROSCOPIA 4 VIAS + CAMISA		SURGICEL HEMOSTÁTICO 5,5 X 1,5 CM
EQUIPO BOMBA ENTERAL		TELA DE MARLEX N°
EQUIPO BOMBA FOTOSSENSÍ VEL		TRANSDUTOR DE PRESSÃO C/ TORNEIRA
EQUIPO BOMBA SIMPLES		TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO N°
ESPONJA HEMOSTÁTICO 80X125MM (GELFOAM)		TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1011 CM SHEPARD
FILTRO BACTERIOLÓGICO ADULTO	1	0013500310579
FILTRO BACTERIOLÓGICO INFANTIL		TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1026 CM APPARELLA
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS		
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E PLAQUETAS		
FIO DE AÇO 4 C/AG 48 MM CARD (ACIFLEX)		
FIO DE MARCAPASSO DE AÇO 26 MM E RETA 90 MM (CARD)		
FIO DE KIRSCHNER N°		
FIO GULA HIDROFÍLICO		
FIO NYLON PRETO 8 C/AG DUPLA 6,5 MM OPT (MONONYLON)		
FIO POLIDIOXANONA 3 C/AG 24 CM (SURGYCRYL)		
FIO POLIESTER VERDE 5 C/AG 48 MM		

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 08.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



0013500310579

FILTRO BACTERIOLÓGICO C
CRF AC 119

FORMULÁRIO
CONTROLE DE DÉBITO DE SALA

Paciente: <u>Suzana Ferreira Alves</u> Cirurgia: <u>Intussuscepção de cecum</u> Cirurgião: <u>Dr. João</u> Entrada: <u>16:18</u>		Anestesista: <u>V. Almeida</u> Auxiliar: <u>Dr. Almeida</u> Inic. Anest: <u>16:35</u>		Convênio: <u>Sus</u> Anestesia: <u>Gen. + P. Local</u> Instrumentador: <u>Dr. Almeida</u> Inic. Cirurg: <u>16:58</u>		Data: <u>29/11/1980</u> Circulante: <u>Bruine</u> Perfusionista: Tér. Cirurg: <u>17:34</u>	
MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.
ABOCATE Nº 20		GAZE ESTÉRIL	17	AC. EPSILON AMINOC. (EPSILON)		NITROP. SÓDIO (NIPRIDE)	
ABSORVENTE		INTRACATH Nº		AC. TRANEX. 250MG (TRANSAMIN)		NOREPINEFRINA 8MG (NORADRENALINA)	
AGULHA Nº		LÂMINA DE BISTURI Nº 15	1	ATROPINA 0,50MG (ATROPION)	L	OCITOCINA 5UI	
AGULHA P/ RAQUIN Nº 4x12	L	LUA DE PROCEDIMENTO		AZUL DE METILENO 1%		OMEPRAZOL 40MG (OPRAZON)	1
ALGODÃO ORTOPÉDICO		LUA ESTÉRIL Nº 8,0	1	BICARBON. SÓDIO () ML		ONDASETRONA 8MG (NAUSEDRON)	1
APARELHO DE BARBEAR		LUA ESTÉRIL Nº		BUPIVACAÍNA 0,5% S/V 20ML (NEOCAÍNA)		PAPAVERINA 100MG (HYPOVERIN)	
ATADURA CREPE CM 10	1	MALHA TUBULAR		BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,50% (NEOCAÍNA)		PETIDINA 100MG (DOLANTINA)	
ATADURA GESSADA CM 15	L	POLIFIX 2 VIAS (MULTIVIA)	1	BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% (NEOCAÍNA)		POLIDOCANOL 3% 2ML	
BOLSA COLOSTOMIA		PULSEIRA MÃE E FILHO AZUL		CAPTAPRIL 25MG COMP. (CAPOTEN)		PROPOFOL 200MG (PROPOVAN)	1
CÂNULA DE TRAQUEO Nº		PULSEIRA MÃE E FILHO ROSA		CEFALOTINA 1G (KEFLIN)		PROMETAZINA 50MG (FENERGAN)	
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº		SERINGA 0,5 ML (P/ INSULINA)		CEFAZOLINA 1G (KEFAZOL)	1	REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CAPA P/ MICROSCÓPIO		SERINGA 1 ML		CEFTRIAXONA 1G (ROCEFIN)		ROCURÔNIO 50MG (ROCURON)	1
CAPA P/ VÍDEOCIRURGIA		SERINGA 3 ML	1	CETAMINA 500MG (KETALAR)		ROPIVACAÍNA 200MG (ROPI)	1
CATETER EPIDURAL Nº		SERINGA 5 ML		CIPROFLOXACINO 200MG (CIPRO)		SEVOFLURANO 100MG (VOFLUR)	
CERA PARA OSO		SERINGA 10 ML	1	CISATRACÚRIO (CIS) () MG		SULFATO DE MAGNÉSIO 10ML	
CLAMP UMBILICAL		SERINGA 20 ML	1	CLONIDINA 150MCG/ML (CLONIDIN)		TENOXICAN 20MG (TILATIL)	
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO 1200ML		SONDA ASPIRAÇÃO Nº		CLORETO DE POTÁSSIO (KCL) () ML		TRAMADOL 100MG (TRAMAL)	
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML		SONDA FOLEY Nº		CLORETO DE SÓDIO (NACL) () ML		VANCOMICINA 500MG (VANCOCIN)	
COMPRESSA CIRÚRGICA	L	SONDA GÁSTRICA 32 (FOUCHET)		DIMENIDRINATO-PIRID-GLIC-FRUT 10ML (DRAMIN B6 DL)		TAXAS	
CONTOUR TS TIRA P/ GLICEMIA (DEXTRO)		SONDA NASOGÁSTRICA Nº	1	DEXAMETASONA 10MG (DECADRON)	1	AR COMPRIMIDO	
DISPOSITIVO TRANSFERÊNCIA		SONDA URETRAL Nº		DIPIRONA 1G (NOVALGINA)	1	ASPIRADOR	
DRENO DE PENROSE Nº		TORNEIRA 3 VIAS		DOBUTAMINA 250MG (DOBTREX)		BERO AQUECIDO	
DRENO DE SUGÃO Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4,0	1	EPINEFRINA 1MG (ADRENALINA)		BISTURI BIPOLAR	
DRENO DE TÓRAX Nº		SOLUÇÕES		ESCOR-DIE (BUSCOPAN COMPOSTO)		BISTURI MONOPOLAR	X
ELETRODO DESCARTAVEL	1	ÁGUA DESTILADA INJ 100ML	1	ETILEFRINA 10MG (EFORTIL)		BOMBA DE INFUSÃO	
EQUIPO MACROGOTAS		ÁGUA DESTILADA INJ 500ML		ETOMIDATO 20MG (HYPNOMIDATE)		CAF	
EQUIPO TRANSFUSÃO DE SANGUE		ÁGUA DESTILADA INJ 1000ML		FENTANIL (FENTANEST) () ML	1	CAPNÓGRAFO	
ESPARADRAPO		ALCOOL 70% 1000ML	12x	FUROSEMIDA 20MG (LASIX)		FURADEIRA	X
EXTENSOR 60CM		CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML	1-4	GENTAMICINA 80MG (GARAMICINA)		MICROSCÓPIO	
EXTENSOR 120CM		CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1000ML	12x	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML		MONITOR CARDÍACO	X
FAIXA DE SMARCH		IOEXOL 300MG (OMNIPAQ/IE)		HEPARINA SÓDICA 25.000UI (HEPAMAX S)		NITROGÊNIO	
FRASCO P/ DRENAGEM TORÁCICA		POVIDINE DEGERMANTE 10% 1000ML		HIDRALAZINA 20MG (NÉPRESOL)		OXIGÊNIO	
FIO ÁCIDO POLIGLICOLICO (VICRYL) Nº 3-0	1	POVIDINE TINTURA 10% 1000ML		HIDROCORTIZONA 500MG (SOLU-CORTEF)		OXÍMETRO	X
FIO CAT GUT CROMADO Nº		POVIDINE TOPICO 10% 1000ML		ISOFLURANO 100MG (ISOFORINE)		RAIO-X	
FIO CAT GUT SIMPLES Nº		SORB. + MANIT. 1,7-0,54 % 1000ML (PURISOLE)		ISOSSORBIDA (ISORDIL) () MG		RESPIRADOR	
FIO DE CERCLAGEM		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML		LIDOCAÍNA 2% 20ML C/V (XYLESTESIN)	1	RPA	X
FIO NYLON PRETO Nº 4-0	1	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML		LIDOCAÍNA 2% 20ML S/V (XYLESTESIN)		SERRA	
FIO POLIDIOXANONA (PDS II) Nº		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1	LIDOCAÍNA 2% GEL 30G (XYLESTESIN)		TOF	
FIO POLIESTER ALGODÃO COM AGULHA (POLYCOT) Nº		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML		METILERGOMETRINA 0,2MG (METHERGIN)		Interno com a Original	
FIO POLIESTER ALGODÃO SEM AGULHA (POLYCOT) Nº		SORO GLICOSADO 5% 100ML		METOCLOPRAMIDA 10MG (PLASIL)		Hospital Santa Juliana	
FIO POLIGLECAPRONE (MONOCRYL) Nº		SORO GLICOSADO 5% 250ML		METRONIDAZOL 500MG (FLAGYL)		CNPJ: 00.529.443/0003-36	
FIO POLIPROPILENO (PROLENE DO Nº 0 AO 6) Nº		SORO GLICOSADO 5% 500 ML		MIDAZOLAM (DORMONID) () ML	1	Rua Alvorada nº 806 - Bosque	
FITA CARDÍACA		SORO RINGER LACTADO 500 ML	L	MISOPROSTOL (PROSTONS) () MCG		Citadel	1
FITA MICROPORE				MORFINA (DIMORF) () MG		Felton 2	1
				NALBUFINA 10MG (NUBAIN)			
				NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE)			
				NITROGLICERINA (TRIDIL)			

HOSPITAL SANTA JULIANA

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: SUZANA PEREIRA SILVA

Nome da mãe (se homônimo):

Diagnóstico:

Convênio: SUSHora: 16:35Procedimento:
() Urgente (X) EletivoAvaliação Pre-anestésica
() consulta () leito (X) C.C.

ASA

Idade

Sexo

Acomodação

Data:

151F

() Enf. () Apto () UTI

29.11.2019O₂ L/minuto

AR L/minuto

Sevo L % 4ml/H

Iso % ml

Ventilação

SRL 500ml

SP0,9% 500ml

Diurese

EtCO₂SpO₂

* Simbolo

V AS

A PAD

A PAM

O V ESP

O V ASS

O V CONT

I ENT CEC

I SAIDA CEC

Posição

Cirurgica

Monitorização

() Cardióscópio

(X) Oxímetro

() PANI

() Capnógrafo

() TOF

() PAI

() ROS

Acesso venoso:

Anestesia Geral

(X) Venosa (X) Balanceada
() Inalatória () Combinada

Medicações/ Dose

(X) Propofol: 100mg(X) Fentanil: 250mcg

() Cisatracúrio:

(X) Rocurônio: 40mg

() Etomidato:

() Cetamina:

() Atracúrio:

() Outros:

Sedação

() Consciente () Com Local
() Inconsciente () Sem Local

Medicações/ Dose

(X) Midazolam: 5mg

() Fentanil:

(X) Cetamina: 25mg(X) Precedex: 25mcg

() Nilperidol:

() Outros:

() Tubo Orotraqueal N°

() Filtro Bacteriológico

Outras medicações

(X) Cefazolina 2g

(X) Dipirona 2g

(X) Dexametasona 10mg

(X) Ondansetrona 8mg

(X) Omeprazol 40mg

() Tenoxicam 40mg

() Metoclopramida 10mg

() Dramim 30mg

(X) Cetorolaco 30mg

() Clonidina 150mg

() Ocitocina 20UI

(X) ATROPINA 2mg

(X) NEOS JORNE 2mg

Bloqueio de neuroeixo

() Raqui-anestesia () Simples

() Peridural () Contínuo

() Sacral

Punção Local:

() Mediana Agulha:

() Paramediana Tentativas:

Líquido cefalorraquidiano

() Claro () Normotenso

() Turvo () Hipertenso

Parestesia

() Presente

() Ausente

Anestésico / Dose

() Bupivacaína pesada

() Bupivacaína isobárica

() Ropivacaína

() Morfina

() Fentanil

Bloqueio De plexo

() Supraclavicular (X) Axilar

(X) Interscalênico () Femoral

Anestésico

ROPI 1,5% 20ml + 10ml

LEDO C/ VAPOR 20ml

EVENTOS/ANOTAÇÕES/COMPLICAÇÕES:

Conferir com a Original

Hospital Santa Juliana

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada nº 886 - Bosque

Procedimento Realizado: OSTEOPONTAGIA LADO DISTREquipe cirúrgica: FRANCIS + MAURICIOAnestesiologista: WALECJADra. Walecja Melo
CRM/AC 1923 RQE 754
CRM/RO 5832 RQE 2127

Destino:

(X) RPA () Enfermaria

() Residência () UTI

Código: FO.HSJ.CC.016

Versão 01 Página 1/1

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome:		SUZANA FERREIRA SILVA		Leito: 105 A	
Data: 28/11/2019		Prontuário: 56719		Data de Nascimento: 01/06/1968	
Nome da mãe (se homônimo):					

Nome da mãe (se homônimo):

[illegible]

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

25.11.19 as 17h Solicito a
farmácia TAB 18 112040330002
+ 1 equipe
Tania de Matos Sampaio
Técnica de Enfermagem
COREN RJ 001362883

Controle de Diurese

Confiere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO		<i>Augusto Lima de Oliveira</i> <i>Enfermeiro</i> COREN-AC 315.785 ERMF	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM		<i>Tânia de Matos Espindola</i> <i>Técnica de Enfermagem</i> COREN-AC 001262883	<i>Janeiro Sampaio E de Souza</i> <i>Téc. Enfermagem</i> COREN-AC 704057

Código: FO. HSJ. ENF . 001

Versão: 002, Página 1 de 2



FORMULÁRIO
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	28/11/2019	Prontuário:	56719
Nome da mãe (se homônimo):		Data de Nascimento:	01/06/1968

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

28.11.19 às 18h Recebida ACPUSD AB1877 mult
na +1 equipe, medicada C.P.M. item 2EV

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

28.11.19 As 19.00h Recebida paciente em repouso na leito
orientada e acompanhada de familiares afiliação
destacada 40% em 15% mais alguns outros a serem
aferidos para esse período. Presença constante
de um acompanhante das 20.00

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 22.00h Realizado item 3 e 8 p.m.

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 02.00h Realizado item 5 e 6 p.m.

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 04.00h Realizado item 3 e 8 p.m.

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 06.00h Realizado item 2 e 8 p.m.

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 08.00h Realizado item 1 e 2 e 8 p.m.

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

Conferir com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Atvorada nº 806 - Bosque



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA		Leito:	105 A	
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719	Data de Nascimento:	01/06/1968
Nome da mãe (se homônimo):					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29-11-19- 19:30h- Paciente internada de 66 em estado de consciência, eupneica, afônica, hidratada, A/P em M.D com MV em curso, não utiliza oxigênio suplementar, diurese espontânea. Realizada orientações sobre o P.O. Liberdade distal. Segue em repouso no leito. PA: 126 x 80 mmHg, Tem: 35,0°C, SPO₂: 97%, FC: 57 bpm.



Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PROBLEMA ATIVO

CONDUTA

META

FORMULÁRIO

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719
		Data de Nascimento:	01/06/1968

Nome da mãe (se homônimo):

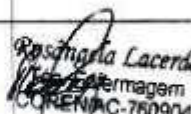
Data	Hora	Frequência	Temperatura	Pulso	Pressão	Saturação	Assinatura

ETIQUETAS

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

BCF	Controle de Diurese	Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque
-----	---------------------	---

ASSINATURA DE APROZAMENTO E CHECAGEM

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	 Rosângela Lacerda Enfermagem COREN/AC-760904		

Código: FO. HSJ. ENF. 001

Versão: 002, Página 1 de 2

FORMULÁRIO

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Leito: 105 A
 Data: 29/11/2019 Prontuário: 56719 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da mãe (se homônimo):

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 Realizo plantão com paciente estável no leito, ferido e comunicativo, portador A/P funcional, com H.V. em curso, acompanhada de familiares em deita zero aquecimento, pi o culto religioso rec. *Rosângela Lacerda*
 09:00 Realizada ao e.e. com cadeira de rodas, + acompanhada por intracomunicação rec. *Rosângela Lacerda*
 GORENAC-760904

Confere com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 35
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

FORMULÁRIO
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA			Leito:	105 A
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719	Data de Nascimento:	01/05/1968
Nome da mãe (se homônimo):					

Nome da mãe (se homônimo):					
	TEMPERATURA	PULSO	TENSÃO ARTERIAL	SIGECIMA	ASSINATURA
07:00	35.0 °C	120x85	97bpm	97%	Maria José de Jesus
08:00	35.2 °C	120x70	60bpm	98%	Jac Enfermagem
09:00	35.4 °C	130x90	61bpm	98%	Cofen AC 001046-323

ETIQUETAS		SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS
		21840 Solicito na farmácia o l - material N° 22 p/ realização de testes Maria José de Jesus Tec. Enfermagem Coren AC 901046-323
BCF	Controle de Diurese	Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

ASSINATURA DE APROXIMAMENTO E CHEGADA			
	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			 Maria José de Jesus COREN AC 471657 Enfermeira
TÉCNICO DE ENFERMAGEM			Maria José de Jesus Tec. Enfermagem Coren AC 001046-323

FORMULÁRIO

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Leito: 105 A
 Data: 29/11/2019 Prontuário: 56719 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da mãe (se homônimo):

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

29/11/19. Paciente chegou em 19:30 do Centro Cirúrgico Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 22:00 - Foi admitida med. item 02, 03, 04, 07, e aferido SSVV
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 02:00 - Foi aferido os SSVV e P.M.
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 04:00 - Foi admitida med. item 04, 07, e P.M.
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 06:00 - Foi aferido os SSVV e admitida med. item 08
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 07:00 - Para plantão, paciente admitida para
 interconsulta durante a permanência
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 08:00 - Foi admitida med. item 09 e 10
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323

30/11/19 Recebeu alta hospitalar oriunda pelo médico assistente Dr. Mally
 Rê de Castro de Castro acompanhado de familiar + acompanhante
 magro, entregues exames de laboratório + exames que foram feitos. R.C. Enfermeira
 Coren/AC-329612

Confere com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003-36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

FORMULÁRIO **REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA		Leito:	105 A	
Data:	30/11/2019	Prontuário:	56719	Data de Nascimento:	01/06/1968

Nome da mãe (se homônimo):

DIAGNÓSTICO	PROBLEMAS	VALORES	DESCRIÇÃO	SOLICITAÇÃO	ASSINATURA
10.100	36.12	143x51	60 bpm	56.98	—

ETIQUETAS

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

BCF Controle de Diurese		
Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Bc...		

ASSINATURA DE APROZAMENTO E CHECAGEM

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<i>Johinatan Cunha de Souza</i> Téc. Enfermagem COREN/RS-1237026		



FORMULÁRIO
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	30/11/2019	Prontuário:	56719
		Data de Nascimento:	01/06/1968
Nome da mãe (se homônimo):			

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As 07:00 h, paciente acordou, orientada, lucida, em estado de consciência. *Johnatan Cunha de Souza*
Téc. Enfermagem
As 08:00 h, paciente acordou, orientada, lucida, em estado de consciência. *Johnatan Cunha de Souza*
Téc. Enfermagem
As 09:30 h, paciente acordou, orientada, lucida, em estado de consciência. *Johnatan Cunha de Souza*
Téc. Enfermagem
As 10:00 h, paciente acordou, orientada, lucida, em estado de consciência. *Johnatan Cunha de Souza*
Téc. Enfermagem

Confere com a Original
Hospital Santa Jukana
CNPJ: 00.529.443/0003-38
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



PRONTUÁRIO: 56719 - 2

PACIENTE: SUZANA FERREIRA SILVA

DATA: 30/11/2019

LEITO: 105 A

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELÍRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

M ☒ T ☐ N ☐ COOPERANTE	M ☐ T ☐ N ☐ NÃO COOPERANTE
--	---

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M ☐ T ☐ N ☐ TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M ☐ T ☐ N ☐ FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M ☐ T ☐ N ☐ EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M ☐ T ☐ N ☐ CRIOTERAPIA
04 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M ☐ T ☐ N ☐ ELETROTHERAPIA
05 M ☐ T ☐ N ☐ DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M ☐ T ☐ N ☐ AUXILIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M ☐ T ☐ N ☐ VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M ☒ T ☐ N ☐ ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M ☐ T ☐ N ☐ INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M ☐ T ☐ N ☐ CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M ☐ T ☐ N ☐ DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL	30 M ☐ T ☐ N ☐ VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M ☐ T ☐ N ☐ ORTOSTATISMO	31 M ☐ T ☐ N ☐ HUFF
13 M ☐ T ☐ N ☐ TREINO DE MACHA	32 M ☐ T ☐ N ☐ ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M ☐ T ☐ N ☐ TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M ☐ T ☐ N ☐ SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M ☐ T ☐ N ☐ MANOBRA DE PEEP/ZEPP
16 M ☐ T ☐ N ☐ POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M ☐ T ☐ N ☐ PEAK FLOW
17 M ☐ T ☐ N ☐ DEAMBULAÇÃO	36 M ☐ T ☐ N ☐ THRESHOLD
18 M ☐ T ☐ N ☐ SEDESTAÇÃO	37 M ☐ T ☐ N ☐ ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M ☐ T ☐ N ☐ ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M ☐ T ☐ N ☐ ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

07:10

Assinatura do Físico

Assinatura do Físico

30/11/19.

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Assinatura do Físico

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

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

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br**FICHA DE INTERNAÇÃO**Prontuário: **56719** - 2

Entrada: 28/11/2019

Hora: 1422

Apto/Leito: **105A**

Paciente:

SUZANA FERREIRA SILVA

Nome Social (se houver):

Reg. Geral: 0150406

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 57031118204

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 704601620822425

Sexo: F

Dt. Nasc.: 01/06/1968

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 51 Anos

Conjuge:

Nacionalidade: BRASIL

End.: RUA RAIMUNDA DIJALMA DA COSTA Q 10A

Nro: 40

Bairro: CIDADE DO POVO

CEP: 69900000

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68 996125434

Cel.: 996125434

Fone Contato: 68 996125434

ARACELI FERREIRA SILVA

Local de Trabalho:

Profissão: DIARISTA

PAI: MANOEL CANDIDO DA SILVA

MAE: ELDA FERREIRA SILVA

Resp.: SUZANA FERREIRA SILVA

End.: RUA RAIMUNDA DIJALMA DA COSTA Q 10A

Idade: 40

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: 68 - 996125434

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): FRANCIS KASHIMA

Observação: AIH EM ANEXO + SISREG 317429589

Atendente: Marcelândio, Bandeira de Sousa

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de SUZANA FERREIRA SILVA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 28 de novembro de 2019

Suzana Ferreira Silva
SUZANA FERREIRA SILVA

AVISO

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

Rio Branco - AC, 28 de novembro de 2019

Suzana Ferreira Silva
SUZANA FERREIRA SILVA

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ADMISSÃO DE PACIENTES CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Data da Internação: 28/11/2019 Hora: 1422 Prontuário: 56719 2
 Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Nasco: Leito: 1054
 Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA
 Procedência: RESIDENCIA Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não
 Cor da Pele: Parda Quem: _____
 Nome da mãe: ELDA FERREIRA SILVA
 Precaução: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerosóis

CONDIÇÕES DE MORADIA

Área de moradia	Tipo de moradia	Material	Saneamento
☒ Urbana	☒ Casa	☒ Alvenaria ☐ Mista	☒ SAERB ☐ Poço
☐ Rural	☐ Apartamento	☐ Madeira ☐ Outro:	☐ Rede de esgoto

HISTÓRIA CLÍNICA

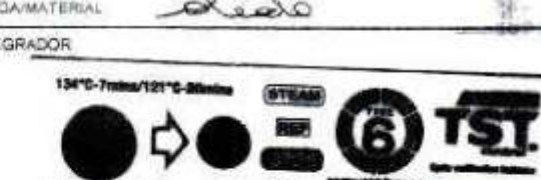
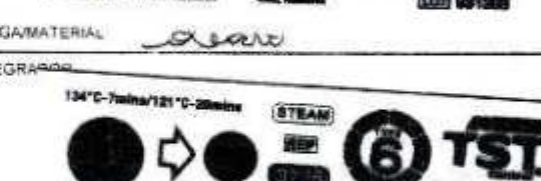
Queixa Principal: Sem queixa
 Hipótese diagnóstica: Ex. Urinário + Bactéria
 Patologias Associadas: ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensão Arterial ☐ Outros: _____
 Hábitos: ☒ Tabagismo ☒ Etilismo ☐ Uso de drogas. Por quanto tempo: _____
 Prótese: ☒ Dentária ☐ Ocular ☐ Auditiva ☐ Motora: _____
 Medicamentos em uso: ☒ Não ☐ Sim/Qual: _____
 Cirurgias anteriores: ☐ Não ☒ Sim/Qual: Cirúrgica, HTA
 Alergias: ☒ Não ☐ Sim/Qual: _____

EXAME FÍSICO

Sinais Vitais: PA 125x80 mmHg; Tax: 35,5 °C; SatO2 95 % FC: 60 bpm; FR: _____ mm
 Medidas antropométricas: Peso 66,400 kg; Altura: 1,60 m
 Nível de consciência: ☒ Acordado ☒ Lúcido ☐ Desorientado ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sedado
 Abertura ocular: ☒ Espontânea ☐ Estimulos Verbais ☐ Estimulos Algicos ☐ Não abre
 Mobilidade: ☒ Deambula ☐ Deambula c/ ajuda ☐ Perda de Equilíbrio ☐ Acamado ☐ Semi-Acamado
☐ Restrito ao leito
 Pele/Mucosas/Tecidos: ☒ Sem alterações ☐ Anasarca ☐ Desidratação ☐ Palidez ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Lesão por pressão. Local _____
 Estágio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
 Ouvidos: ☒ Sem Alterações ☐ Otalgia ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Zumbido ☐ Outro
 Nariz: ☒ Sem alteração ☐ Anosmia ☐ Rinorrêia ☐ Epistaxe ☐ Outro: _____
 Boca: ☐ Sem alterações ☒ Dentição prejudicada ☐ Gengivite ☐ Gengivorragia ☐ Outro: _____
 Pescoço: ☒ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Aumento Parótidas ☐ Linfadenomegalia ☐ Gânglio Infartado
☐ Rigidez da nuca ☐ Traqueostomia ☐ Outro: _____
 Torax e Aparelho respiratório: ☒ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Cifoesciose ☒ Ar Ambiente
☐ Suporte de O2 c/ cateter nasal _____ l/min ☐ Suporte de O2 c/ venturi _____ l/min
☒ Expansibilidade normal ☐ Expansibilidade aumentada ☐ Expansibilidade diminuída
☐ Roncos ☐ Expansibilidade normal ☐ Sibilos ☐ Estertores ☐ Outras: _____
 Cardiovascular: ☒ Ritmo normal ☐ Arritmia ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Outro: _____
☒ Pulsos cheios ☐ Pulsos finos
 Abdome: ☐ Plano ☐ Globoso ☒ Flácido ☐ Resistente ☐ Timpânico ☐ Hepatomegalia ☐ Esplenomegalia
 RHA: ☒ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos ☐ Aumentados
 Evacuações: ☒ Sem alterações ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Esverdeada ☐ Melena ☐ Outro: _____
 Histórico de constipação: ☐ Sim ☒ Não Histórico de diarreia: ☐ Sim ☒ Não
 Aparelho Urinário / Diurese: ☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Polaciúria ☐ Anúria ☐ Colúria ☐ Poliúria ☐ Incontinência
☐ Oligúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Piúria ☐ Outro: _____
 MMSS/MMII: Sensibilidade: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Aumentada
 Motricidade: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Aumentada

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018
			Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE		DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Surgono ferreiros silvio		21/01/1964	54	F
MÃE: Eldio ferreiros silvio		LEITO	CONVÊNIO: Sus	
EQUIPE CIRÚRGICA				
CIRURGIÃO: Enduro de nado distal + fideus		INSTRUMENTADOR: Alese		
CIRURGIÃO AJUDANTE: Dr. Freitas		PERFUSIONISTA: -		
ANESTESISTA: Dr. Almeida		ENFERMEIRO: Rosmar / marcos		
CIRURGIÃO AJUDANTE: Dr. V. de Souza		CIRCUITANTE: Bruno		
DATA: 29/12/19		SALA: 2		

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)		
1. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
2. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
3. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
4. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
5. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM

Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque



FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HSJ. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2016

Página: 2 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

2611.19 01
Data de Produção
2612.19 01
Data de Validade
No. do Operador
05

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

Rogu

ETIQUETA

2811.19 02
Data de Produção
2812.19 03
Data de Validade
No. do Operador
04

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

3 copos

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INÍCIO

FIM

CARGA/MATERIAL



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - 69.901-380 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631

Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

NOME: <u>SUZANA FERREIRA SILVA</u>				PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	PESO:	DATA: <u>29.11.15</u>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRATURA DE RAIO DISTAL. ESQUERDO</u>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:					
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>OSTEOSSÍNTESE PLACA T VOLV</u> <u>Nº 5x4 FUS</u>			
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: ☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA					
TIPO DE CIRURGIA <u>Eletrone</u>			ANESTESISTA		
EQUIPE CIRURGICA: CIRURGIÃO: <u>Dr. Francis</u> 1º AUXILIAR: <u>Dr. Luizis</u> 2º AUXILIAR: <u>Alex</u> ANESTESISTA: <u>Dr. Wanderley</u> CIRCULANTE:					
Hora Início:		Horá Término:		Duração:	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)					
confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque					

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

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO VOLAR DE HENRY EM ANTE-BRAÇO ESQUERDO
- 4- DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO
- 5- REDUÇÃO DIRETA DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA T VOLAR DE 3x4 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS COM CONTROLE RADIOSCÓPICO
- + PASSAGEM DE FK EM DORSO DO RADIO NUMERO 1.5 MM
- 6- LIMPEZA COM SF 0,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS ATE PELE
- 8-LIMPEZA + CURATIVO + TALA GESSADA TIPO LUVA

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ABD 500 ml _____ | ☐ Glicose 50% inj. _____ | ☐ SF 1000 ml _____ |
| ☐ ABD 1000 ML _____ | ☐ Kolagenase pomada _____ | ☐ Telebrix _____ |
| ☐ Adrenalina 1 mg/1ml _____ | ☐ Neomicina pomada 5mg _____ | ☐ Xilocaína gel _____ |
| ☐ Bupivacaína 0,5% s/v _____ | ☐ Ropivacaína 200mg _____ | ☐ Xilocaína s/v _____ |
| ☐ Glicose 25% inj _____ | ☐ SF 500 ml _____ | ☐ Xilocaína c/v _____ |
| ☐ Sorbitol 1000ml _____ | ☐ Ioversol _____ | ☐ Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO



 51 kV
1.16 mA
0.00 mGy*cm²
15.04 µGy

Autowindow

  59
 30

Arco Cirurgico GE - Hosp Santa Juliana

Medico Francis Kashima
frat.radio

2/3

Suzana ferreira silva, -
56719,2
01.05.1968

29.11.2019
17:20:54

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

LAUDOS

Atesta que a Sra. SUZANA FERNANDA SILVA
sofreu acidente de trânsito no dia 10/11/2019
apresentando fratura cabeça crânio (E)
(grande tuberculidade) e RADIODISTAL (E)
(fratura volar). Foi submetida a cirurgia
ortopédica com placa e "T" e parafuso no
RADIO DISTAL. TAT. CONS. NO OMBRO (E).
Evoluiu com cicatriz cirúrgica no punho
(E) (face volar), aumento de volume punho (E),
limitação na flexo extensão punho (E) e
redução da força muscular do membro.
Grande limitação funcional no ombro (E).
Paciente é portadora de sequelas
definitivas no MSA 75% e de alta
médica.

José L. S. S. C.
Médico Ortopedista
CRM 483 - AC

RBR 19/03/2020

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Nº CONSELHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

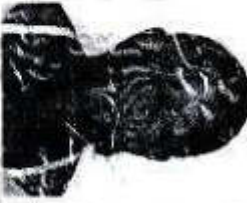
SECRETARIA DE ESTADO DA POLICIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RAIMUNDO HERMANO DE MELO





Polgar Direto



Suzana Ferreira Silva

ASSINATURA (TITULAR)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	150406	DATA DE EXPIRAÇÃO 19/11/2009
NOME SUZANA FERREIRA SILVA		
FILIAÇÃO MANUEL CÂNDIDO DA SILVA ELOA FERREIRA SILVA		
NATURALIDADE RIO BRANCO - AC		DATA DE NASCIMENTO 01/06/1968
DOC ORIGEM CERTO NASC 9963 FLS 79-V LIV A7 RIO BRANCO - AC		
CPF 570.311.182-14		
2 VIA		
CARLOS SACOLARI JUNIOR RODRIGUES DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO		
P 1		
LEI Nº 116 DE 08-83		



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 19-03-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Suzana Ferreira Silva

CPF do beneficiário: 570.311.182.04

Nome do solicitante:

Suzana Ferreira Silva

CPF do solicitante: 570.311.182.04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (68) 99918-3322 Tel. Comercial: (68) 99612-5334 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☒ NÃO

☐ SIM: informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A vítima anexa laudo ao sinistro mais caso queiram fazer uma perícia médica a vítima encontra-se disposta para fazer a avaliação.

Rua Branco IAC 19-03-2020

Local e Data

Suzana Ferreira Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099830/20

Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA

CPF: 570.311.182-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FERREIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SUZANA FERREIRA SILVA : 570.311.182-04

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: 20/03/2020
Nome: SUZANA FERREIRA SILVA
CPF: 570.311.182-04

SUZANA FERREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005632/20

Vítima: SUZANA FEREIRA SILVA

CPF: 570.311.182-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FEREIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SUZANA FEREIRA SILVA : 570.311.182-04

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: 06/01/2020
Nome: SUZANA FEREIRA SILVA
CPF: 570.311.182-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA
CPF: 025.424.522-61

SUZANA FEREIRA SILVA

MAIRLA LIMA DE SOUZA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099830/20

Vítima: SUZANA FEREIRA SILVA

CPF: 570.311.182-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FEREIRA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SUZANA FEREIRA SILVA : 570.311.182-04

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: 20/03/2020
Nome: SUZANA FEREIRA SILVA
CPF: 570.311.182-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

SUZANA FEREIRA SILVA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200126411 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO,
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 57 // DOC PÁG. 15 26 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 55 //
DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 57.

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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50