

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de planalto tibial direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MID: cicatriz cirúrgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexão do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membr

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução e osteossíntese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.
Alta: Junho de 2019

Sequelas permanentes: Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: NAO HOUVE AGRAVAMENTO DO QUADRO CLINICO CONDUTA MANTIDA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA PAGAMENTO NESTE SINISTRO NO VALOR DE R\$ 1.687,50. MODERADA DO JOELHO DIREITO.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KELLY DA SILVA SANTOS : 938.363.682-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO, PG 15,17

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KELLY DA SILVA SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **KELLY DA SILVA SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003950**

Conta: **000008048-4**

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190323183 **Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 08/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

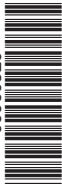
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Aos Cuidados de: KELLY DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3190323183
KELLY DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 08/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190323183**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14611049



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **938.363.682-34** Nome completo da vítima: **Kelly da Silva Santos**

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

Nome completo: **Kelly da Silva Santos** CPF: **938.363.682-34**
Profissão: **Serviço Doméstico** Endereço: **Av. Domel Amelo** Número: **3354** Complemento: **AP**
Bairro: **Conceição** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **68905-858**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **(68) 999875523**

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

RENDA MENSAL:
☒ RENDIMENTO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUÇANÇA (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: **3350** **03** CONTA: **3048** **4** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de **requisição de indenização** do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinale 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 **7 de Mai 2019**
☐ 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, consoante, desde já, em me submeto à avaliação médica/jurídica da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes do acidente no trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Gravidez Parêntese com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nasotubo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Kelly da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: **938.363.682-34** Nome completo da vítima: **Kelly da Silva Santos**

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

Nome completo: **Kelly da Silva Santos** CPF: **938.363.682-34**
Profissão: **Serviço Doméstico** Endereço: **Av. Domel Amelo** Número: **3354** Complemento: **AP**
Bairro: **Conceição** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **68905-858**
E-mail: _____ Tel. (DDD): **(68) 999875523**

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

RENDA MENSAL:
☒ RENDIMENTO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUÇANÇA (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: **3350** **03** CONTA: **3048** **4** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de **prosseguimento de indenização** do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinale 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 **7 de Mai 2019**
☐ 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 assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com ciência, desde já, em me submeter à avaliação médica/institucional da Seguradora Líder para verificação da existência ou não das lesões permanentes decorrentes do acidente no trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Gravidez (Parências com a vítima): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nasotubo (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Kelly da Silva Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 14/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KELLY DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03950

CONTA: 000000008048-4

Nr. da Autenticação 3A010FFE5FCB1036



Corpue
com o
original

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 575572

DATA: 08/10/2018 HORA: 12:51 USUARIO: CARLOS

CNS:

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : KELLY DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 31 ANOS NASC: 02/03/1987 SEXO...: FEMININO
ENDEREÇO.....: CON OURICURI NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PLACAS
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO DE JESUS SANTOS /EDNA SOUZA DA SILVA
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 99291154
PROCEDENCIA...: PLACAS
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente frágil, com relato de
haver caído de motocicleta - trauma e crush
e m. F.D.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Difenidol 2 e 4m

2) ANP. c/ S.R.L. 500mg IV

13:00
68º Kila
389.621

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dra. Cassia Hassel
Médica
CRM/AC 1979

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		(110 (18-9 (17 (15-6 (11-4 (10						Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos			() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:			HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____,
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____;
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____;
☐ NBZ: _____

Anotações/Intecorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIAS

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Kelly de Silva Santos

RG nº 420129, data de expedição 03/10/02, Órgão SSP/AC,

CPF nº 938363682-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av: David Canelo</u>
Número	<u>1854</u>
Apto / Complemento	<u>AP 04</u>
Bairro	<u>Conson</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>68805-859</u>
Telefone de Contato	<u>(68) 933875923 / (68) 998477280</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Branco, 13/05/18.

Assinatura do Declarante: Kelly de Silva Santos

Eletrôbras
Saneamento Básico

Para conferir o seu
Código de barras
veja o número

SEU CÓDIGO

0380316-3

004377723

ABRIL/2019 13/05/2019 97 62,73

VICENTE ARAUJO DA SILVA
AV. DORVAL CAMILO 1854 AP 04 CANAÃ
CNPJ: 08018111887254
CEP: 69.005-859 - RIO BRANCO

ROT: 18.001.18.03.001690

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE RECEBIMENTO
27/04	25/04/2019	26/03/2019	25/05/2019
26/07	24/04/2019	25/04/2019	
1.000			
97			
97	FCAM		

TIPO DE SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	VALOR
RESIDENCIAL	B1	8056075	1.1.1.2 85

PERÍODO	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
MAR/19 77	97 A R\$ 0,616755 =	59,82
FEV/19 145		2,91
JAN/19 158		
DEZ/18 133		
NOV/18 119		
OUT/18 130		
SET/18 124		
AGO/18 24		
JUL/18 6		
JUN/18 56		
TOTAL 1.000		
1 = 97 1.000		

A PARTIR DE 01/04 CFE REH2523/19 ANEEL REAJ. TARIF. MEIO 18,13%
Parabéns! Até o dia 24/04/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

CONSUMO	IMPORTE
22,61	
26,85	
0,70	
4,07	0,28
1,59	1,31

CONSUMO	IMPORTE	CONSUMO	IMPORTE
11,72	23,44	46,89	5,54
0,00	0,00	11,09	22,18
		6,85	0,00

02/2019 54,95

ROT: 18.001.18.03.001690	SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
	0380316-3	62,73
	04/2019	13/05/2019
	004377723	FCAM

8366000000 1 62730045000 4 00000000380 6 31630419008 5



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Madson Rondon Hiert Junior,
RG nº 10359451, data de expedição 04/04/2017
Órgão SSP-PC, portador do CPF nº 038.772.292-70, com
domicílio na cidade de Rio Branco, no Estado de
Acre, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
conjunto exclusivo Rua Tucano, nº 277,
complemento ceda, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kelly da Silva Santos, cujo o condutor era
Jander Borges de Matos.
Veículo: moto Yamaha
Modelo: Sector YBY 125K
Ano: 2012-2013
Placa: NXR 6392
Chassi: 9CBKE1620 do 127223
Data do Acidente:
Local e Data: 08/10/2018 Rua João Paulo Bairro Sebral



Madson Rondon Hiert Junior
Assinatura do Declarante

Jander Borges de Matos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Corpue
com o
original

MS/DATASUS

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 575572

DATA: 08/10/2018 HORA: 12:51 USUARIO: CARLOS

CNS:

SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : KELLY DA SILVA SANTOS DOC...:
IDADE.....: 31 ANOS NASC: 02/03/1987 SEXO...: FEMININO
ENDEREÇO.....: CON OURICURI NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: PLACAS
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO DE JESUS SANTOS /EDNA SOUZA DA SILVA
RESPONSÁVEL...: O PROPRIO TEL...: 99291154
PROCEDENCIA...: PLACAS
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [] X mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Doença crônica, com relato de* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/1*
haver caído de motocicleta - trauma e fratura
e em ID.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:



DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Difenidramina 2 e 4m

2) ANP. c/ S.R.L. 500mg IV

13:00
68º Kila
389.621

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA *Dra. Cassia Hassel* [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

NOME DO PACIENTE							IDADE		
QUEIXA PRINCIPAL							COMORBIDADES		
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR							Peso:		
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		(110 (18-9 (17 (15-6 (11-4 (10						Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)				HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:	
RECLASSIFICAÇÃO									

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com ____ ml de água potável;
☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____,
com () Jelco nº: ____ () Scalp nº: ____;
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____;
☐ NBZ: _____

Anotações/Intecorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIAS

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

3091

No. DO BE: 2598599

DATA: 08/10/2018

HORA: 15:10

USUARIO: EMERSON

CNS:

SETOR: 01-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME

: KELLY DA SILVA SANTOS

DOC.: NT

IDADE.....

: 31 ANOS

NASC: 02/03/1987

ENDERECO.....

: RUA ARGENTINA

BAIRRO: BAIXADA HABIRTASA

COMPLEMENTO.....

: RUA ARGENTINA

UP: AC

MUNICIPIO.....

: RIO BRANCO

CEP....: 69900-000

NOME PAI/MAE...

: A MESMA VEIO DE SAMU UPA SOBRAL

EDINA DE SOUZA DA SILVA

RESPONSAVEL...

: A MESMA VEIO DE SAMU UPA SOBRAL

TEL....:

PROCEDENCIA...

: UPA-SOBRAL

TRAUMA: SIM

ATENDIMENTO...

: QUEDA DO MESMO NIVEL

PLANO DE SAUDE....: NAO

CASO POLICIAL..: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO

PA[X mmHg]

PULSO[]

TEMP.[]

PESO[]

FC[]

SPO2[]

EXAM.COMPL.[]

RAIO X[]

SANGUE[]

URINA[]

TC[]

LIQUOR[]

ECG[]

ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: []

SIM []

NAO

DADOS CLINICOS:

Paciente deu entrada no serviço provida pelo SAMU, relatando que sofreu colisão com o ônibus. No momento refere dor intensa em pé do D, limitação funcional, equimose.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

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

diagnóstico: fratura de pé - fratura distal do 5º metatarso (D) SV

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

- dor paciente gestante (21-22) - sem queixas de sangramento ou perda de líquido

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

- CD: 1) Dieta (D) zero

2) Dipirona 350mg (D) 1 (D)

3) Ao fôlego

HORARIO DA MEDICACAO

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 Mai 2019

PROTOCOLO

AG-RI-000000

DATA DA SAIDA:

ALTA: []

DECISAO MEDICA []

A PEDIDO []

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO []

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

EVASAO []

DESISTENCIA []

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []

ATE 48HS []

APOS 48HS []

FAMILIA []

IML []

ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Paciente foi orientado sobre medicação e seus efeitos

do RX, bem como sobre a necessidade de realizar exames de imagem.

Paciente Kelly da Silva Santos

NOME DO PACIENTE		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL		COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR		Peso:	
PARÂMETROS	PA: X mmHg Temp.: °C Sat. O2: % Pulso: bpm		
	ESCALA DE DOR	Glicemia: mg/dL	
	(110) (120) (130) (140) (150) (160)	Glasgow: Alterado () Não alterado ()	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável;
☐ Medicação Intramuscular - IM, local: _____
☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____
 com () Jelco nº _____ () Scalp nº _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local: _____
☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/GOREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 13:00 horas, com a paciente em estado de consciência alterada, com sinais vitais estáveis, sendo encaminhada para observação em sala de emergência, com monitorização contínua de sinais vitais e nível de consciência.

Assinatura

Glicose 50% Domp, no 20:00; EV 20:30

Dr. Carlos Marques Jr.
Endocrinologista e Traumatologista
CRM-AC 169098/2017

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Novo Acre •
11000 ACRE, 2000 IMPROVED

LEITO 27

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
CONFORME ORIGINAL
SAME / HUERS

[illegible]



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



UNIDADE:

NOME: Kelly da Alana Santos

IDAIDE: 37/4 BE:

OBSERVAÇÃO

LEITO:

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
09/08/12	# Fatura de Plomado 01/ Dita V.O. dente União S-V.D.		8:00	10:00h - Realizado: 2003 Fatores MED em fac- dentes e termos operários do mesmo município - União em grande quanti- dade, subjugando 8000, 10000, 20000, 30000, 40000, 50000, 60000, 70000, 80000, 90000, 100000, 110000, 120000, 130000, 140000, 150000, 160000, 170000, 180000, 190000, 200000, 210000, 220000, 230000, 240000, 250000, 260000, 270000, 280000, 290000, 300000, 310000, 320000, 330000, 340000, 350000, 360000, 370000, 380000, 390000, 400000, 410000, 420000, 430000, 440000, 450000, 460000, 470000, 480000, 490000, 500000, 510000, 520000, 530000, 540000, 550000, 560000, 570000, 580000, 590000, 600000, 610000, 620000, 630000, 640000, 650000, 660000, 670000, 680000, 690000, 700000, 710000, 720000, 730000, 740000, 750000, 760000, 770000, 780000, 790000, 800000, 810000, 820000, 830000, 840000, 850000, 860000, 870000, 880000, 890000, 900000, 910000, 920000, 930000, 940000, 950000, 960000, 970000, 980000, 990000, 1000000, 1010000, 1020000, 1030000, 1040000, 1050000, 1060000, 1070000, 1080000, 1090000, 1100000, 1110000, 1120000, 1130000, 1140000, 1150000, 1160000, 1170000, 1180000, 1190000, 1200000, 1210000, 1220000, 1230000, 1240000, 1250000, 1260000, 1270000, 1280000, 1290000, 1300000, 1310000, 1320000, 1330000, 1340000, 1350000, 1360000, 1370000, 1380000, 1390000, 1400000, 1410000, 1420000, 1430000, 1440000, 1450000, 1460000, 1470000, 1480000, 1490000, 1500000, 1510000, 1520000, 1530000, 1540000, 1550000, 1560000, 1570000, 1580000, 1590000, 1600000, 1610000, 1620000, 1630000, 1640000, 1650000, 1660000, 1670000, 1680000, 1690000, 1700000, 1710000, 1720000, 1730000, 1740000, 1750000, 1760000, 1770000, 1780000, 1790000, 1800000, 1810000, 1820000, 1830000, 1840000, 1850000, 1860000, 1870000, 1880000, 1890000, 1900000, 1910000, 1920000, 1930000, 1940000, 1950000, 1960000, 1970000, 1980000, 1990000, 2000000, 2010000, 2020000, 2030000, 2040000, 2050000, 2060000, 2070000, 2080000, 2090000, 2100000, 2110000, 2120000, 2130000, 2140000, 2150000, 2160000, 2170000, 2180000, 2190000, 2200000, 2210000, 2220000, 2230000, 2240000, 2250000, 2260000, 2270000, 2280000, 2290000, 2300000, 2310000, 2320000, 2330000, 2340000, 2350000, 2360000, 2370000, 2380000, 2390000, 2400000, 2410000, 2420000, 2430000, 2440000, 2450000, 2460000, 2470000, 2480000, 2490000, 2500000, 2510000, 2520000, 2530000, 2540000, 2550000, 2560000, 2570000, 2580000, 2590000, 2600000, 2610000, 2620000, 2630000, 2640000, 2650000, 2660000, 2670000, 2680000, 2690000, 2700000, 2710000, 2720000, 2730000, 2740000, 2750000, 2760000, 2770000, 2780000, 2790000, 2800000, 2810000, 2820000, 2830000, 2840000, 2850000, 2860000, 2870000, 2880000, 2890000, 2900000, 2910000, 2920000, 2930000, 2940000, 2950000, 2960000, 2970000, 2980000, 2990000, 3000000, 3010000, 3020000, 3030000, 3040000, 3050000, 3060000, 3070000, 3080000, 3090000, 3100000, 3110000, 3120000, 3130000, 3140000, 3150000, 3160000, 3170000, 3180000, 3190000, 3200000, 3210000, 3220000, 3230000, 3240000, 3250000, 3260000, 3270000, 3280000, 3290000, 3300000, 3310000, 3320000, 3330000, 3340000, 3350000, 3360000, 3370000, 3380000, 3390000, 3400000, 3410000, 3420000, 3430000, 3440000, 3450000, 3460000, 3470000, 3480000, 3490000, 3500000, 3510000, 3520000, 3530000, 3540000, 3550000, 3560000, 3570000, 3580000, 3590000, 3600000, 3610000, 3620000, 3630000, 3640000, 3650000, 3660000, 3670000, 3680000, 3690000, 3700000, 3710000, 3720000, 3730000, 3740000, 3750000, 3760000, 3770000, 3780000, 3790000, 3800000, 3810000, 3820000, 3830000, 3840000, 3850000, 3860000, 3870000, 3880000, 3890000, 3900000, 3910000, 3920000, 3930000, 3940000, 3950000, 3960000, 3970000, 3980000, 3990000, 4000000, 4010000, 4020000, 4030000, 4040000, 4050000, 4060000, 4070000, 4080000, 4090000, 4100000, 4110000, 4120000, 4130000, 4140000, 4150000, 4160000, 4170000, 4180000, 4190000, 4200000, 4210000, 4220000, 4230000, 4240000, 4250000, 4260000, 4270000, 4280000, 4290000, 4300000, 4310000, 4320000, 4330000, 4340000,

[illegible]

Digitado e impresso em 12/10/2017 às 11:58:04

19475-3000

177

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

The Chinese experience
has been remarkable
and now we are
presenting to you

CONFIRME ORIGINAL
COPIA
SAME / HUEB



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

Imprimatur e impresso em 31/10/2010 às 13:39:41

HUEB
Unidade de Saúde

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

EVOLUCAO

PRESCRICAO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CDT 08/10/18 FRATURA DE PLAMALTO TIBIAL DIREITO STZ 5	1. DIETA VOLVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H SN 6. CEFADOLINA 1GR EV CADA 8H 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg			Não oshb os 16:30 paciente em internar pelo aluno eu preteq apu toncu barto de opo pato, com equalie de compoatignt de algado ouatido, fe medicaco e p m 01.11.2018 Das 04:00 às 13:00 segui luido, comunicado neurologista, ginecista, diu londe com equio de mella deu o dequm completo, bnf de apasado com audio de, com portofe medicado com 10m 6 e 1,0 ml de com suado en urina e 3 por suado cu pacie eunatio em ptaon ordano msi
---	--	--	--	---

Paulo Marcelino S. Jr.
Prof. Obstetria e Ginecologia
CRM-AC 2217

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Partendo AVP em m/s
PA 120x60 mmHg
TAX 36,6 °C Sup 22.5RPM

Estado Civil: Solteiro

Nome: Milena Almeida

SAME / HUEB3
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

original e impresso em 09/11/2010 às 00:21:10

HUERB
Impressão de 10/11/2010

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 177

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

DIET 08/10/18
FRATURA DE PLANTATO TIBIAL
DIREITO STZ 5

20 INTERNACAO + FIXADOR
EXTERNO

PACIENTE REFERE VITIMA DE
ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA
NA 24 SEMANA DE GESTACAO.

OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO
DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E
PRESCREVE ANTICOAGULACAO

PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA
ARTICULAR EM JOELHO (PLATO
TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS
DUAS CORTICIS, NECESSITANDO DE
MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU
PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA
45mm + PLACA EM L OU T DE 8
FUROS).

LIBERADO POR OBSTETRA PARA
REALIZAR O PROCEDIMENTO
CIRURGICO AGENDADA PARA DIA
26/11/18 NO HC COM DR ANTONIO
SSE

VISITADOR: ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE SVD
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 540500590
3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 146 4/6/18
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SVD
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SVD
6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 12/9/18
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS
9. CURATIVO DIARIO 12/9/18
10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer
HEPARINA-SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA
12/12 HORAS
11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 145/95mmHg.

Clipe Henry de M. Lutra
RM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2106

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

as 20:00 horas
acomodada, em
sa ambulante, com
unicação, etc.
da a ambulante,
delegado para
em lista, com
os procedimentos
ambulatoriais, com
sinais vitais, com
pelo SVD, com
nada-se a que
aos alguns pelo
pensado da ma-
indat. SVD

221

5/11/2018
5:20 pm present
to Sam Quinlan & Jack
William B. Quinlan
James B. Quinlan
Chase 3600 23

CONFORME ORIGINAL
COPIA
SAME / MEERB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA 02 DATA 09/10/13
 NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos 10.34 anos
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 21:30 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO Pré-mordax de Tórax
 INÍCIO DA CIRURGIA 21:40 TÉRMINO DA CIRURGIA 22:15
 CIRURGIÃO Dr. Carlos Marques AUXILIAR(ES) Dr. Rubson
 ANESTESISTA Dr. Paulo INSTRUMENTADOR Rosendo
 CIRCULANTE Prá ENF Robinson

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0.5% /	AGULHA DESC Nº <u>21</u>	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% <u>200</u>	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES <u>100</u>
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON <u>20</u>	GORRO <u>1</u>
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7.0 /
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7.5 //
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8.0 //
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8.5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO OCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>01</u>
KETALAR	CERA OSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>21</u>
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MASCARA <u>07</u>
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA //	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA /	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE <u>300</u>
PAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA <u>100</u>
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO //	PROPE <u>17</u>
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0.9% //	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO //	FRALDA	SERINGA DE 5 ML /
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 10 ML //
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLLVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT E	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

COPIA ORIGINAL
 HUERS

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 21:30	HORÁRIO: 22:00	HORÁRIO:
PA: 96/54	PA: 103/56	PA:
FC: 101	FC: 84	FC:
SPO2: 100%	SPO2: 100%	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 003979 Código: F08 B 208
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA SARTORI - LINEFIX
TIBIAFEMUR T 300 - ESTERIL

Fabric.: 11/01/2018 Val.: 01/2023
Registro ANVISA Nº: 80083850031
Material: Aço Inox / Alumínio

Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.851.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sartori.ind.br

Lote: 004054 Código: AF35 B 890
PRIO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 45 X 200 XT

Fabric.: 15/01/2018 Val.: 01/2023
Registro ANVISA Nº: 80083850026
Material: Aço Inox F138

Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.851.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3538-1910 - comercial@sartori.ind.br

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Kelly da Silveira Santos

IDADE: 31a OBSERVAÇÃO: Gestação 24s

DIAGNÓSTICO: Paciente com fratura do condilo tibial SV
direito

CIRURGIA PROPOSTA: fixação externa provisória com fixador
transcondilares em menisco inferior (D)

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: A mesma

DATA:
08/10/18

CIRURGIÃO: Dr. Carlos Marques

1º AUXILIAR:
Dr. Robson (R3)

2º AUXILIAR: or

INSTRUMENTADOR (A):
Romildo

ANESTESISTA: Dr. Pedro

ANESTESIA:
loqure

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em DPA + roque e encefalia
2) Anestesia + intubação + colocação de campos estéreos

- 3) colocado 2 pinos de Strong no fêmur D e 2 pinos de Strong no tibial
- 4) Colocado bone 36 fixador externo nº 300 e confeccionado fixador transscapular
- 5) Curativo esteril.

Obs: não foi realizado radioscopia pois a paciente está oposta.

SAME / HU/PPB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Robson de Souza
FISIOTERAPEUTA ORTOMEDICINA
CRM - 1900



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO N° 112 À CLÍNICA: Ortopedia

PACIENTE: Kelly da Silva Santos

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente apresentando fratura exposta com tecido
proliferado cruento. A fratura está com 24 dias
nos de seguimento.

Abundante crescimento de tecido necrótico na
utilização de ultrassom para identificação de um
gênero. Também durante todo o tempo cirur-
gico (1-80 minutos). Também durante a
utilização de Gessite.

NOME DO SOLICITANTE: DATA: HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

Perquirir:
1- Pode ser utilizado o tecido de emergência?
Trava problema para a fratura?
2- Pode usar Gessite por 80 minutos?

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAÚDE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: DATA: HORA:

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 93091
Numero do CNS.....: 700507157973855
Nome.....: KELLY DA SILVA SANTOS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 2/03/1987 Idade: 31 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: FRANCISC
Nome da Mae.....: EDINA DE SOUZA DA SILVA
Endereco.....: RUA ARGENTINA 00070
Bairro.....: BAIXADA HABIRTASA Cep.: 99999-999
Telefone.....: 0000000000000000
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2588599
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0032
Data da Internacao: 08/10/2018
Hora da Internacao: 16:00
Medico Solicitante: 017.791.241-39 - ROBSON DE SOUZA SILVA
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y85.0
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				3 - CNES	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente				4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME DO PACIENTE				5 - DATA DE NASCIMENTO	
1 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - SEXO	
7 - NOME DA MÃE				8 - RACIA COR	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL				10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CEP	
15 - CID - ICD - MUNICÍPIO				16 - UF	
17 - CID - ICD - MUNICÍPIO				18 - UF	
19 - CID - ICD - MUNICÍPIO				20 - UF	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Recente com dor, edemas 3+/4+ em Joelhos, limitação importante de movimento					
21 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO					
Artrite					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Raio-x + ultrassom + exame físico					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Ex. planície. Hda 3+/4+					
24 - CID - ICD - MUNICÍPIO					
25 - CID - ICD - MUNICÍPIO					
26 - CID - ICD - MUNICÍPIO					
27 - CID - ICD - MUNICÍPIO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
29 - CLÍNICA					
30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - CNPJ DA EMPRESA					
39 - CNPJ DA EMPRESA					
40 - CNPJ DA EMPRESA					
41 - CNPJ DA EMPRESA					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNPJ DA EMPRESA					
44 - CNPJ DA EMPRESA					
45 - CNPJ DA EMPRESA					
46 - CNPJ DA EMPRESA					
47 - CNPJ DA EMPRESA					
48 - CNPJ DA EMPRESA					
49 - CNPJ DA EMPRESA					
50 - CNPJ DA EMPRESA					
51 - CNPJ DA EMPRESA					
52 - CNPJ DA EMPRESA					
53 - CNPJ DA EMPRESA					
54 - CNPJ DA EMPRESA					
55 - CNPJ DA EMPRESA					
56 - CNPJ DA EMPRESA					
57 - CNPJ DA EMPRESA					
58 - CNPJ DA EMPRESA					
59 - CNPJ DA EMPRESA					
60 - CNPJ DA EMPRESA					
61 - CNPJ DA EMPRESA					
62 - CNPJ DA EMPRESA					
63 - CNPJ DA EMPRESA					
64 - CNPJ DA EMPRESA					
65 - CNPJ DA EMPRESA					
66 - CNPJ DA EMPRESA					
67 - CNPJ DA EMPRESA					
68 - CNPJ DA EMPRESA					
69 - CNPJ DA EMPRESA					
70 - CNPJ DA EMPRESA					
71 - CNPJ DA EMPRESA					
72 - CNPJ DA EMPRESA					
73 - CNPJ DA EMPRESA					
74 - CNPJ DA EMPRESA					
75 - CNPJ DA EMPRESA					
76 - CNPJ DA EMPRESA					
77 - CNPJ DA EMPRESA					
78 - CNPJ DA EMPRESA					
79 - CNPJ DA EMPRESA					
80 - CNPJ DA EMPRESA					
81 - CNPJ DA EMPRESA					
82 - CNPJ DA EMPRESA					
83 - CNPJ DA EMPRESA					
84 - CNPJ DA EMPRESA					
85 - CNPJ DA EMPRESA					
86 - CNPJ DA EMPRESA					
87 - CNPJ DA EMPRESA					
88 - CNPJ DA EMPRESA					
89 - CNPJ DA EMPRESA					
90 - CNPJ DA EMPRESA					
91 - CNPJ DA EMPRESA					
92 - CNPJ DA EMPRESA					
93 - CNPJ DA EMPRESA					
94 - CNPJ DA EMPRESA					
95 - CNPJ DA EMPRESA					
96 - CNPJ DA EMPRESA					
97 - CNPJ DA EMPRESA					
98 - CNPJ DA EMPRESA					
99 - CNPJ DA EMPRESA					
100 - CNPJ DA EMPRESA					

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

Elaborado e digitado em 10/08/2018 às 15:32:40

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

177

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIREITO STZ 3	1. DIETA LIVRE SVD 2. SF 0,9% SUBL EV CADA 8H 3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO EM H₂O 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H-4SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H-4SN 6. CEFALORINA 1GR EV CADA 8H 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CLEXANE 60MG SE LIMA VEZ AO DIA, na data de clexane fazer HEPARINA 500UI SC UMA VEZ AO DIA 11. META DOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg	Pré-operatório realizado, analgesia, hidratação, monitorização de sinais vitais, controle de glicemia, etc.
CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO	PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROFECIMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO.	Posteriormente, a paciente foi submetida a cirurgia de fixação da fratura com placa e parafusos. Evolução satisfatória.
FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO.	MID APRESENTA EDEMA 2-4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO PRESERVADOS.	Conforme avaliação da obstetra, a paciente está em boas condições.

Carla Maciel S. M.
Pós-graduada em Transfusão
Pós-graduada em Hematologia
CRM-AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Assinatura do enfermeiro

Assinatura do médico

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

digitado e impresso em 13/10/2018, às 13:15:52

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DVDI 08/10/18	1. DIETA VO LMBE		
FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIREITO STZ 5	2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8H	500 + 500 + 500	
CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6H	100 + 100 + 100	
PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 6H SN		
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H SN		
	6. CEFALOXINA 1GR EV CADA 8H		
	7. GABAPENTIN 300MG		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIARIO		
	10. GLEAXANE 400MG 2x DIA VEZ AO DIA, 100MG GLEAXANE 100MG 2x DIA VEZ AO DIA, 100MG GLEAXANE 100MG 2x DIA VEZ AO DIA		
	11. METIL DOPA 250MG VO CASO PA > 140/90MMHG		
FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONSULTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO			
MID APRESENTA EDEMA 2+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESEVADOS			
OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO			
INFORMO QUE ESTE MEDICO PRESCREVEU A TECNICA PARA REALIZAR A CIRURGIA QUE E POT NECESSARIA			

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Sicla ap 18:00h
ciente temores
no de a permissão
rudo. Leve no cruce
1 hora de internação
realizado com
no MT. Duas
levei 70% de
em, referiu clíca
glucose e marg
presente. E: br
paciente com
Quais
PA: 140/70 mmHg

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

Admissão: Ingresso em 14/10/2018 às 09:18:07

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

177

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DMOT 08/10/18	1. DIETA VO LIVRE SVD	PAC - OSGOYS AS 16:00H PAC. POLE TUBER FALTO DE ASPERINAS TUBER DO TUBER DO TUBER + TUBER FALTO. CUSTO 4 VMS DE OSGOYS AS 16:00H
FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO \$125	2 SF 0.9% 500ML EV CADA 8H SCD 500 SCD	
CD INTERNACAO - FIXADOR EXTERNO	3. DIFERONIA 1GR EV DEJUDO 66H 10 16 2/2 SCD	
PACIENTE REFERE VITUA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO.	4. TRAMAL 100MG - 100MS SFO 9% EV 8H SCD	
FOI REALIZADO A USO OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA	5. PLASCL 10MG EV DILUIDO 8H SCD	
ANTICOAGULACAO.	6. CEFALOXINA 1GR EV CADA 8H SCD	
MID APRESENTA EDEMA 2+44 NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS.	7. CORDADOS GERARIS	
OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.	8. SERAS VITAIS	
INFORMO QUE ESTE MEDICO PRESCREVE VO DISPE DE QUALIFICACAO TECNICA PARA REALIZAR A CIRURGIA QUE O PACIENTE necessita	9. CURATIVO DIARIO	
	10. CLEXANE 300MG SC LVA VEZ AO DIA, na taxa de clexane fazer 16 SCD	
	11. HEPARINA 1000U EV CADA 8H HORAS	
	12. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg	

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DR Italo M. de Jesus
CRM Oposto Transcrição
0

15/10/18 08:15:00
Paciente recebeu
a medicação prescrita
e a enfermeira
realizou a curativo
diário.



digitado e impresso em: 16/10/2018 às 14:57:26

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEIIO

HUEB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DMDT 08/10/18 FRATURA DE PLANTAR TIBIAL DIREITO SIZ 5 CQ INTERNAÇÃO + EXAME EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTAÇÃO FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUITA DA OBSTETRICIA PARA ANTICOAGULAÇÃO MED APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULAÇÃO PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS NECESITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO(CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS) PASSADO PARA A DIRECAO.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 600H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H SN 6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H 7. CURADOS CERIAS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. GLEAXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de diclofenac injet HEPARINA 5000UI EV CADA 8H PORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90 mmHg Paulo Marcelino S Jr PRM Ortopedia e Traumatologia CRM-AC 2217		as 10h45min foi realizada a avaliação da fratura com o auxílio do aparelho de radiografia. Foi observado que a fratura se encontra estabilizada com as corticais anteriores. Não há sinais de infecção ou complicações locais. O paciente está bem orientado e sem dor significativa. A gestante continua em acompanhamento pré-natal regular.



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

digitado e impresso em: 17/10/2018 às 15:50:28

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

177

HUERB

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DHDT 08/10/18	FRATURA DE PLANTILHO TIBIAL DIRETO STZS	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIFENOMA 1GR EV DILUIDO 6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H 5. PLASA 10MG EV DILUIDO 8/8 H 6. CEF AZOLINA 1GR EV CADA 8H 7. COMANDOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA-SODICA 1000UI DILUIR EM 1ml DE SF 9% EV CADA 8H 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA-14939mmHg		08/10/18 - CMB - 14h às 16h Pac. com fratura fechada de tornozelo direito de curativo e vestes feito Exame físico: sem alterações Pulmões: sem alterações Coração: sem alterações Abdome: sem alterações Extremidades: sem alterações Sinais vitais: sem alterações Paciente em boas condições

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Outra cópia do documento
de prescrição
emitida em 08/10/2018



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

digitado e impresso em: 19/10/2018 às 10:45:38

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

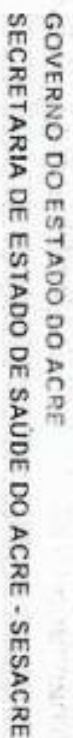
HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DVD 08/10/18	1. DIETA VOLUNTARE		8h - Medição do pulso
FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIREITO ST25	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H		de Arterial Toca do
CD INTERNAÇÃO + FIXADOR EXTERNO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6H		baixo de carne firme
PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTAÇÃO.	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN		procedido 1h -
FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULAÇÃO.	5. PLASIL 100MG EV DILUIDO 8H SN		caitua ao deito
MIO APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO PRESERVADOS.	6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H		funo 5 - presente
OBSTETRA AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E PRESCREVE ANTICOAGULAÇÃO.	7. CURATIVOS GERAIS		77 - 120 x 80 mmHg
PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECÍFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS).	8. SINAIS VITAIS		Fe - 36,5 de
*PASSADO PARA A DIREÇÃO.	9. CURATIVO DIÁRIO		cerca por 4,57 lto
OBS: AGUARDANDO LIBERAÇÃO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA.	10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de Clexane fazer HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 100 ML DE SF 0,9% EV CADA 8H		25/10/19 anotação
	11. METIL DOPA 250MG VO CASO PA > 140/90 mmHg		est. arterial, eleva
			rubor que não chega
			no pulso de
			PA: 110 x 80 mmHg
			FE: 36,5 -

Paulo Marcelino S. Jr.
Pediatria e Transição
CRM 2217

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



REGISTRO PACIENTE
KELLY DA SILVA SANTOS

31 IDADE

CLINICAL
CMCB

CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

177

MUEB

digitado e impresso em 20/10/2018 às 11:59:42

[illegible]



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

digitado e impresso em 21/10/2018 às 08:37:37

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

177

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIPT 08/10/18	1. DIETA VO LIVRE		
FRATURA DE PLANTATO TIBIAL DIREITO SIZ5	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H		
CD INTERNAÇÃO + EXADOR EXTERNO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8H		
PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NA 24 SEMANA DE GESTAÇÃO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN		
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN		
	6. CEFADOLINA 1GR EV CADA 8/8H		
	7. CONDIADOS OUTRAS		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIÁRIO		
	10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA-SCODASODUM DILUIR EM 1ml DE SF 9% EV CADA 12/12 HORAS		
	11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHG		
FUI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITO AVALIACAO E CONDOTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO.			
MID APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS.			
OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.			
PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS).			
*PASSADO PARA A DIRECAO.			
OBS: AGUARDANDO LIBERACAO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DR. Paulo Roberto Vianna
RPM Ombreiros Internato
CRM/AC 1500



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

digitado e impresso em 22/10/2016 às 13:00:26

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 177

HUERB
Término de Consulta
Interpretado em 22/10/2016

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIOT 06/10/16 FRATURA DE FÊMUR TIBIAL DIREITO SIZ 5 CD. INTERNAÇÃO + FIXADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTAÇÃO. FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA, SOLICITO AVALIAÇÃO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO. MD. APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO. PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECÍFICO PARA SEU PROCEDIMENTO CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS). PASSADO PARA A DIREÇÃO. OBS: AGUARDANDO LIBERAÇÃO POR GINECOLOGIA E OBSTETRICA.	1. DIETA VO LIVRE <i>CMC</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H <i>500ml 500ml</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 600ML <i>100ml 600ml</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H-SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H-SN 6. CEFATOZOLINA 1GR EV CADA 8H <i>1200mg</i> 7. CUIDADOS DE RAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CLEAXE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de cleaxe fazer HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg <i>Paulo Marcelino S. Jr. PRM Cirurgia e Traumatologia CRP 1217</i>		<i>22 de 00:17:30 -</i> <i>paciente admitida em</i> <i>unidade, com edema, e</i> <i>hemodinâmica, respirar</i> <i>sem dificuldade, sem</i> <i>gostou da internação</i> <i>paciente e 1 dia de</i> <i>dele a compensação</i> <i>tracoste de pouca</i> <i>respiratória. Feito</i> <i>curativo diário e</i> <i>sem sinais de</i> <i>colúmbia. Sem</i> <i>signos de</i> <i>hemodinâmica</i> <i>com 1ml de SF 0,9%</i>

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DADO 08/10/18 FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO STZS CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 2ª SEMANA DE DESTACAO FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDOTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO. VMD APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO. PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO(CAIXA BLOQUEADA 4.5mm + PLACA EM L OU T DE 6 Furos). PASSADO PARA A DIRECAO. LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8H 3. DILPIRONA 1GR EV DILUIDO 600H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 800H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800 H SN 6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 800 H 7. CUIDADOS GERAIS. 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. GELXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na tibia do coto para fazer HEPARINA-SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0.9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90 mmHg	nc.	- 07:00 ao 13:00 - cliente 1016 aux. Altere o plano de cuidados e a medicação de acordo com o resultado dos exames laboratoriais. - 13:00 ao 19:00 - paciente acordando, com nível de consciência melhorado, porém ainda instável, necessitando de monitorização contínua. Realizar curativo no local da fratura conforme protocolo estabelecido. Observar sinais vitais e estado geral. Registrar em prontuário. Assinar e rubricar. Enfermeira T. ENFAC 7185



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

Unidade e ingresso em 24/11/2010 às 10:41:12

HUERB
Miguel Ângelo
Miguel Ângelo

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	KELLY DA SILVA SANTOS	31	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIGIT 08/10/18 FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIRETO SIZ 5 CD INTERNACAO + FIVADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIA DE ATRORPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO MIO APRESENTA EDEMA 2+2+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTOCALÇA BLOQUEADA 1,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 Furos) PASSADO PARA A DIRECAO LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 500 500 500 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6H 10 16 16 16 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H 10 16 16 16 5. PLASCL 10MG EV DILUIDO 8H 10 16 16 16 6. CEFZOLINA 1GR EV CADA 8H 12 20 20 20 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10 10. CLEXANE 10MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 140/90mmHg		

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

original e impresso em 20/10/2010 às 13:47:44

HUERB
Médico de Família e Comunidade

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE 31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO 177

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D/DI 08/10/18 FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO STZ 5 CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO. FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO. VMD APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO. PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS). PASSADO PARA A DIRECAO. LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. CEFADROXIMA 1GR EV CADA 8/8 H 7. GUARDAROS GERBAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA 5000CAS 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 9% EV CADA 12/12 HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA + 14/95mmHG Plato Marcelo S Jr PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2217		Dr. Pls da v gen. Pls. E. Quadrado Liberado para o procedimento cirurgico - Liberado para o procedimento cirurgico -

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO

KELLY DA SILVA SANTOS

31

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

177

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIADT 08/10/18	1. DIETA VO LIVRE 500 ml 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 8/8H SN A 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN A 6. CEFATOZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 7. OXIDADOS-GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA 500MG/500UI DILUIR EM 1ml DE SF 9% EV CADA 12/12HORAS 11. METILDOPA 250MG VO CASO PA >149/99mmHG		- DOB 09:00 - 00 - 19:00. clareia sobre sup. apical com mucilagem, foi su semi-receber em dne. beber pouco comer: rest - SVD C/ 40 - 100 - 95 O paciente é - jovem apenas beber pouco fome - comendo R. 100ml com - 300ml - 3 -
FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ 5 CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO. FOI REALIZADO A USO OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONOUTA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO. VMD APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSÃO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO. PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS). *PASSADO PARA A DIRECAO: LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO	Paulo Marcelino S Jr Prta. Direção e Transmissão Cirurgia 2217 SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL		



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

original e impresso em formulário de 11.000



REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LETO

KELLY DA SILVA SANTOS

31

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

177

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA 08/10/18	1. DIETA VO LIVRE	SN IS		
FRATURA DE PLAMATO TIBIAL DIREITO STZ 5	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H	500 SF 500		
	3. DIPHONA 1GR EV DEUO 8H	50 50 50 50		
	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8H SN //			
CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H H SN //			
PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO	6. CEFALOXILINA 1GR EV CADA 8H H //			
	7. OUIDADOS GERAIS //			
	8. SINAIS VITAIS //			
	9. CURATIVO DIARIO //			
FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA BOLCITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO	10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA SODICA 5000UI DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12H HORAS			
WMO APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS	11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 145/95mmHg			
OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO				
PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO PLATO TIBIAL, COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO, COM BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS)				
PASSADO PARA A DIRECAO				
LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO				

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Orçozinho e Trautmann
CRMAC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

em 02:00 as 09:00
paciente acordou
bem, com fome, sem
cansaço e sem dor
na região da fratura
da perna, porém com
alguma dor no joelho
devido ao curativo
diário. Sinais vitais
estáveis. Curativo
feito com técnica
adequada. Prescrito
medicamento para
dor e inflamação.
Próximo exame de
ultrassom em 15 dias.
Bom prognóstico para
a cirurgia. Evolução
satisfatória.

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

Original e impresso em 20/10/2010 às 11:10:00

HUEB
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

REGISTRO PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

177

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DMT 08/10/10

FRATURA DE PLANTO TIBIAL DIREITO SIZ 5

CD INTERNACAO + FIXADOR EXTERNO

PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO.

FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA SOLICITO AVALIACAO E CONDUITA DA OBSTETRICA PARA ANTICOAGULACAO. MID APRESENTA EDEMA 2+/4+ NEUROLÓGICO E PERFUSAO PRESERVADOS. OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.

PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FUROS).

PASSADO PARA A DIRECAO. LIBERADO POR OBSTETRA PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO

1. DIETA VO LIVRE

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HSN

6. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H

7. CUIDADOS DEFIAS

8. SINUS VITAIS

9. CURATIVO DIABRO

10. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA SC 0,5CMC/0,5CMC DILUIR EM 1ml DE SF 0,9% EV CADA 12/12 HORAS

11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 145/95mmHG

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

7.08/10/10 Paciente
Cláudia de Siqueira
Tomeira Raulino de
Carmo sempre em contato
com a equipe de enfermagem
e com a equipe médica
e com a equipe de fisioterapia
e com a equipe de nutrição
e com a equipe de psicologia
e com a equipe de fonoaudiologia
e com a equipe de terapia ocupacional
e com a equipe de educação física
e com a equipe de recreação
e com a equipe de arte e cultura
e com a equipe de esporte e lazer
e com a equipe de turismo
e com a equipe de meio ambiente
e com a equipe de patrimônio cultural
e com a equipe de planejamento urbano
e com a equipe de planejamento regional
e com a equipe de planejamento nacional
e com a equipe de planejamento internacional



HUEBB
H. A. Huebner
Independent Contractor

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIOT 08/10/18	FRATURA DE PLAVATO TIBIAL DIRETO S17.5	CD INTERNACAO * FIXADOR EXTERNO	PACIENTE REFERE VITIMA DE ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA NO 24 SEMANA DE GESTACAO	1. DIETA VO LVRE	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H	6. CEFZOLINA 1GR EV CADA 8/8H	7. CUIDADOS GERAIS	8. SPMAS VITAS	9. CURATIVO DIARIO	10. CLEXANE 40MG SC JUMA VEZ AO DIA, na falta de clexane fazer HEPARINA 500MG SC JUMA VEZ AO DIA	11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 149/95mmHG	Paulo Marcelino S Jr PRM Oncologia e Transfusão CRM 12117	07:00. Cliente 2018-09-08. Cliente com queixa de dor no membro superior direito, malgrado o uso de analgésico. Exame físico: membro superior direito com dor no ponto de fratura, sem deformidade. Exame de laboratório: hemograma normal. Exame de imagem: radiografia de fratura de plavato tibial direito, com deslocamento. Tratamento: fixação com placa e parafusos. Evolução: paciente em repouso, sem dor.
---------------	--	---------------------------------	---	------------------	-------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------	--------------------	--	---	---	--

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

31

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

MUSEUM
1100 5TH AVE
EAST RICHMOND, VA 23186

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DVD 08/10/18

FRATURA DE PLANTAO TIBIAL
DIREITO STZ5

CD	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
22	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
23	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
24	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
25	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
26	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
27	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
28	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
29	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
30	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
31	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
32	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
33	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
34	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
35	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
36	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
37	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
38	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
39	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
40	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
41	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
42	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
43	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
44	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
45	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
46	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
47	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
48	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
49	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
50	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
51	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
52	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
53	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
54	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
55	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
56	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
57	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
58	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
59	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
60	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
61	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
62	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
63	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
64	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
65	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
66	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
67	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
68	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
69	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
70	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
71	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
72	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
73	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
74	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
75	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
76	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
77	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
78	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
79	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
80	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
81	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
82	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
83	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
84	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
85	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
86	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
87	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
88	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
89	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
90	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
91	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
92	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
93	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
94	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
95	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
96	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
97	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
98	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
99	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR
100	INTERNAÇÃO	+	FIXADOR

PACIENTE REFERE VITIMA DE
ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA
NO 24ª SEMANA DE GESTAÇÃO.

1. DIETA VO LIVRE 500 D
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H 500 500 500
3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 20 20 20
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H 50 50
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H 50 50
6. DEF AZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 20 20
7. CUIDADOS GERAIS

FOI REALIZADO A USG OBSTETRICA

PARA OBSTETRICIA

ANTICOAGULACAO

NEUROLÓGICO E PERFUSÃO

PRESERVADOS.

EXISTEIRA AUTORIZA A REALIZACAO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E PRESCREVE ANTICOAGULACAO.

PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA ARTICULAR EM JOELHO (PLATO TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE MATERIAL ESPECÍFICO PARA SEU PROCEDIMENTO (CANAL BLOQUEADA 4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8 FURROS).

LIBERADO POR OBSTETRA PARA
REALIZAR O PROCEDIMENTO
CIRURGICO
AGENDADA PARA DIA
36/11/18 NO HC COM DR ANTONIO
ISSE

Paulo Marcelino S. Jr
PRIS Cirurgia e Traumatologia
CRM-MG 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[illegible]

ingegner e impresso em. Vol. 1112010. 85. 12. 47. 06

177

[illegible]



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

Original e impresso em 04/12/2018 às 11:30:41. Impresso em 04/12/2018

REGISTRO

PACIENTE

KELLY DA SILVA SANTOS

IDADE

31

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

177

HUERB
SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIUT 06/10/18
FRATURA DE PLANTO TIBIAL
DIRETO S12.5

CD INTERNACAO + FIXADOR
EXTERNO

PACIENTE REFERE VITIMA DE
ATROPELAMENTO, E SE ENCONTRA
NO 24 SEMANA DE GESTACAO

OBSTETRA AUTORIZA A REALIZACAO
DE PROCEDIMENTO CIRURGICO E
PRESCREVE ANTICOAGULACAO

PACIENTE COM FRATURA COMPLEXA
ARTICULAR EM JOELHO (PLATO
TIBIAL) COM ACOMETIMENTO DAS
DUAS CORTICAIS, NECESSITANDO DE
MATERIAL ESPECIFICO PARA SEU
PROCEDIMENTO (CAIXA BLOQUEADA
4,5mm + PLACA EM L OU T DE 8
FUROS)

LIBERADO POR OBSTETRA PARA
REALIZAR O PROCEDIMENTO
CIRURGICO AGENDADA PARA DIA
26/11/18 NO HC COM DR. ANTONIO
ISSE

VISITADOR: DR. ANTONIO ISSE

1. DIETA VO LIVRE. DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H ——— 500 + 500 +

3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H ——— 40 30 20 10 04

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN

6. CEFALOXILINA 1GR EV CADA 8/8H ——— 18 10 14

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS ——— 18/10/18

9. CURATIVO DIARIO ——— 9

11. METILDOPA 250MG VO CASO PA > 149,9mmHg -

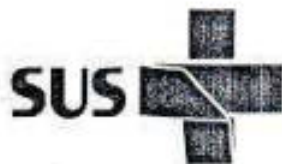
Dr. Filina Almeida
FRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 1670

Paciente deu ordem de
Ao Incurpend por OHC
Cirurgia agendada com
Dr. Antonio Isse
Alto com Indicação

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

05/11/2018 às 11:44h
Paciente em febre contínua
hipertensão pulmonar
forte, com lavagem
de rins, com lavagem
na urina.
05/11/2018 às 11:44h
Paciente em febre contínua
hipertensão pulmonar
forte, com lavagem
de rins, com lavagem
na urina.
05/11/2018 às 11:44h
Paciente em febre contínua
hipertensão pulmonar
forte, com lavagem
de rins, com lavagem
na urina.

Dr. Antonio Isse
Enfermeiro
CRM 5. 34212



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERS



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Kelvin...</u>		Idade: <u>...</u>		Sexo: <u>...</u>	Cor: <u>...</u>	Registro / BE: <u>...</u>											
Setor proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI																	
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo Sgneo: <u>...</u>	Fator Rh									
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicosa	Ureia	Creatrnia	BT / BD / BI	TGO / TGP									
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>...</u>																	
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite		MV: <u>...</u>		Complacência: <u>...</u>													
ACV: <u>...</u>		ECG: <u>...</u>		Alergias: <u>...</u>													
Ap. Digestivo/Dentes: <u>...</u>				Pescoço: <u>...</u>		Peças Dent: <u>...</u>											
Ap. Urinário: <u>...</u>				Drogas em Uso: <u>...</u>													
Estado Mental: <u>...</u>																	
Anestésias Anteriores: <u>...</u>				ASA: ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4		Risco: <u>...</u>											
Medicação Pré-anestésica: <u>...</u>				Hora: <u>...</u>		Efeito: <u>...</u>											
HORA: <u>...</u>																	
GASES	O ₂																
	NO ₂																
	HALOG																
Líquidos		<u>...</u>															
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O pulso / X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂																
	240																
	220																
	200																
	180																
	160																
	140																
	120																
	100																
	80																
	60																
	40																
	20																
	DROGAS ADMINISTRADAS				Técnica: <u>...</u>		Monitorização: <u>...</u>										
	1º <u>...</u>				Cirurgia: <u>...</u>		Ap. Resp: <u>...</u>										
	2º <u>...</u>				Cirurgião/Auxiliar: <u>...</u>		Ap. CV: <u>...</u>										
	3º <u>...</u>				OBS: <u>...</u>												
4º <u>...</u>																	
5º <u>...</u>																	
6º <u>...</u>																	
7º <u>...</u>																	
8º <u>...</u>																	
9º <u>...</u>																	
10º <u>...</u>																	



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Unidade: _____

FOLHA DE ANAMNESE

1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Kelly da Silva Santos nº de Registro: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____

Naturalidade: _____ Ocupação: _____

Data de internação: 1/1 Pavilhão: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

2. - Q. P. Paciente G4 P1, IG1, 28 anos (Eco 18 semanas)

3. - H.D.A. apresentando fratura grave em tíbia proximal direita, sendo necessário a realização de procedimento cirúrgico sob uso de fluoroscopia e utilização do gesso em membro acometido. Sobre os questionamentos realizados pela colega ortopedista, respondendo:

4. - H.P.P. 1) Pode-se utilizar radiografia?

5. - H.S. → Sim, desde que seja realizado a proteção

5. - H.F. fetor com colite de chumbo em região abdominal

7. - Ex. Físico

2) Se o procedimento cirúrgico é necessário para uma melhor reabilitação do paciente (urgência/fim função), é mandatório a realização do gesso no membro acometido, o mesmo poderá ser realizado tomando cuidados necessários para a profilaxia pré e pós cirúrgicas para TVP.

No momento da avaliação a paciente encontra-se em boas condições físicas.

8. - H. D. ME: (+) BCF: 146 bpm

9. DATA E CONDIÇÕES DE ALTA 11/10/18 () CURADO () MELHORADO

() INALTERADO () PIORADO () APRECIDO () OBITO () OUTROS

10. DIAGNÓSTICO PRINCIPAL - CID M85.102.000

11. CAUSA MORTE _____

12. MÉDICO ASSISTENTE _____

CONFORME ORIGINAL

MELLERSON REGINA A. OLIVEIRA
GREGORIO DE OLIVEIRA
CRM 16.025

Dr. Eduardo Alencar
Médico
CRM/AC - 1851

16/10/18



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Ortopedia LEITO Nº 87 À CLÍNICA G. Obstetria

PACIENTE: Kelhy da Silva Santos

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 31 anos de idade com diagnóstico de
Fratura de plastrão lateral direito, fechada

Obstetor, nascido no Município de Córrego do

Apresenta diagnóstico Obstetico de gestação de
1/2 24 semanas de gestação por USG

Solicita avaliação e conduta, para liberação de

procedimento cirúrgico ortopédico e quanto a um
coagulado. 7/6/19

NOME DO SOLICITANTE: Paula Marcelina S. de Jesus DATA 09.10.19 HORA: 11:30

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUET
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____



SAME / MUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco -HUERB

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins que o paciente **KELLY DA SILVA SANTOS**, SUS 700.5071.5797.3855, BE 2588599, deu entrada na UH (Hospital Geral das Clínicas de Rio Branco – HUERB) no dia 08/10/18 e ate a presente data, se encontra internado na **CCA, LEITO 177**, com HD: **FRATURA DE PLANALTO TIBIAL DIREITO**, aguardando programação para agendamento de procedimento cirúrgico, o qual ate o momento ainda não data definida para realização.

Rio Branco, Acre, 22 de Outubro de 2018.

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2217

SAME / HU
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Sistema Assistencial à Saúde da Mulher e da Criança - SASMC

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Helena do Carmo Costa

37665 5000

Chattanooga, Tenn. Nov. 2nd 1862.
 Dear Mr. A. A. Phelps, your
 letter of the 24th inst. has been
 received. I have the pleasure
 to acknowledge the receipt of your
 letter of the 24th inst. and to
 inform you that the same has been
 forwarded to the proper authorities
 for their consideration. I am
 very sorry that I cannot
 do more for you at present.
 I am, Sir, very respectfully,
 Yours, A. A. Phelps.

Dr. J. P. M. H. H. H.

2008-09-18

Rio Branco Acre

10110 178

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLÍNICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69000-020 - Tel: 223-3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisição: 18.PC.2.015169
Num. do BE: 02588599

Idade...: 31A
Requis.: 11/10/2018

US. Origem.: HUERB/PS *Carb*
Solicitante: PAULO MARCELINO S JUNIOR

Cons. Regional: 2217

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)...	3,12	mm3	VR: 4,5 a 6 milhões/mm3
Hemoglobina.....	9,07	g/dL	VR: 12 a 16 g/dL
Hematócrito.....	27,00	%	VR: 42 a 52 %
MCV.....	86,90	fL	VR: 79 a 98 fL
MCH.....	29,10	pg	VR: 25 a 34 pg
MCHC.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	12.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinófilos.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	129	mm3	
Neutrófilos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielócitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Linfócitos.....	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	127	mm3	
Segmentados.....	76	%	VR: 50 a 64 %
Valor Absoluto.....	9.652	mm3	
Monócitos.....	18	%	VR: 2 a 35 %
Valor Absoluto.....	2.286	mm3	
Plaquetas.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	508	mm3	
Elastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observação.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRF/MC 009

OS VALORES DE REFERÊNCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/10/18 às 16:41 Coleta: 11/10/18 às 15:30-1a. Via Impressa: 11/10/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação.....	4 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	238.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/10/18 às 16:41 Coleta: 11/10/18 às 15:30-1a. Via Impressa: 11/10/18



HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. SAO CES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 323-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Pag.: 001

Paciente...: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.2.015321
Num. do BE: 02588599

Idade...: 31A
Requis.: 01/11/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,72	mm3	VR: 4,5 a 6,4 a 3 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	10,50	g/dL	VR: 13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	32,00	%	VR: 40 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,10	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,10	g/dL	VR: 33 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	12.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	258	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	387	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	9.030	mm3	
Linfocitos:.....	15	%	VR: 25 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.935	mm3	
Monocitos:.....	10	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	1.290	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....	Hipocromia		

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/11/18 as 20:21 Coleta: 01/11/18 as 18:33-1a. Via Impressa: 01/11/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	02 MINUTOS	VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	05 MINUTOS	VR: 2 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	328.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRBM 248-PA 01/11/18 as 20:21 Coleta: 01/11/18 as 18:33-1a. Via Impressa: 01/11/18

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69908-620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.1.017604
Num. do BE: 02588599

Idade...: 31A
Requis.: 23/10/2018

US. Origem.: HUERB/PS *cid-B*
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):...	3,80	mm3	VR: 4:4,5 a 6:4,4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	10,80	g/dL	VR: 12 a 16 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	32,00	%	VR: 37 a 47 M:37 a 47 %
VCM:.....	85,50	fL	VR: 80 a 100 fL
MCH:.....	28,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,40	g/dL	VR: 32 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	13.600	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	272	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	76	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	10.336	mm3	
Linfócitos:.....	20	%	VR: 20 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.720	mm3	
Monócitos:.....	2	%	VR: 4 a 11 %
Valor Absoluto:.....	272	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 23/10/18 às 09:43 Coleta: 23/10/18 às 09:11-1a. Via Expressa: 23/10/18

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 378.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 23/10/18 às 09:43 Coleta: 23/10/18 às 09:11-1a. Via Expressa: 23/10/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 2666

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 100. - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 6901620 - Tel.: 323-3060
CGC - 04.034.526/0002-24

Pag.: 001

Paciente.: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.2.017510
Num. do BE: 02588599

Idade.: 31A
Requis.: 16/10/2018

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

Cons. Regional:

Motor.: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)....	3,14	mm3	VR: 4,5 a 6,0 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina.....	8,86	g/dL	VR: 12 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito.....	27,00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 48 %
HbM.....	85,40	fL	VR: 75 a 98 fL
HbM.....	28,50	pg	VR: 28 a 34 pg
HbM.....	33,40	g/dL	VR: 35 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocitria Global.....	11,100	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Linfócitos.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	222	mm3	
Monócitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Basófilos.....	4	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	444	mm3	
Segmentados.....	70	%	VR: 55 a 64 %
Valor Absoluto.....	7.770	mm3	
Imaturos.....	15	%	VR: 21 a 36 %
Valor Absoluto.....	1.665	mm3	
Plaquetas.....	9	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	990	mm3	
Plaquetas.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observação.....	Hipoproteinemia		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 2666

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Examinado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 17/10/18 às 07:53 Coleta: 16/10/18 às 20:54-1a. Via Impressa: 17/10/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	2 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:.....	8 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	285.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Examinado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 17/10/18 às 07:51 Coleta: 16/10/18 às 20:54-1a. Via Impressa: 17/10/18

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost: 72

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015169

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 11/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	110	mg/dL		
URE	20	mg/dL		
CRE	0.6	mg/dL		
Na	138	mmol/L		
K	3.5	mmol/L		
CL	106	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 11/10/2018

Data/Hora teste: 11/10/2018

Data/Hora impr.: 11/10/2018 16:05:27

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost:

71

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015321

Tipo de amostra:

Soro

Sexo:

Data da coleta:

01/11/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		
URE	22	mg/dL		
CRE	0.6	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	4.1	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/11/2018

Data/Hora teste: 01/11/2018

Data/Hora impr.: 01/11/2018 19:51:32

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost:

14

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 1017604

Tipo de amostra:

Soro

Sexo:

Data da coleta:

23/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	80	mg/dL		
URE	19	mg/dL		
CRE	0.5	mg/dL		
COL	207	mg/dL		
HDL	66	mg/dL		
TGL	263	mg/dL		
CoI VLDL	53	mg/dL		
LDL COLEST	88	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 23/10/2018

Data/Hora teste: 23/10/2018

Data/Hora impr.: 23/10/2018 09:45:29

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amost:

5

Data nascimento:

Idade:

0 Ano

Cód barra: 2017510

Tipo de amostra:

Soro

Sexo: Fem

Data da coleta:

17/10/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	23	mg/dL		10 - 50
CRE	0.6	mg/dL		0.6 - 1.0

Data/Hora solicitação: 17/10/2018

Data/Hora teste: 17/10/2018

Data/Hora impr.: 17/10/2018 08:36:58

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Paciente : KELLY DA SILVA SANTOS
Médico :
Convênio : SUS

Registro : 056323
Idade : 31A e 7M
Data : 08/10/2018

ULTRASSOM - OBSTÉTRICA ACIMA DE 14 SEMANAS

EQUIPAMENTO :

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico convexo na frequência de 3,50 Mhz.

FETO :

Em situação longitudinal, apresentação cefálica.
Dorso à direita, movimentos fetais presentes.
Movimentos respiratórios presentes.
Batimentos cardíacos fetais rítmicos. (150 Batimentos/Minuto)

BIOMETRIA :

Diâmetro Biparietal.....	: 63 mm.	V.R. P/ 24 SEMANAS. (56 a 65)
Índice Cefálico.....	: 83	(70 a 86)
Circunferência Abdom. Fetal.....	: 182 mm.	(181 a 213)
Circunferência Craniana Fetal.....	: 225 mm.	(202 a 240)
C. Craniana / C. Abdominal.....	: 1,24	(1,02 a 1,21)
Comprimento do Fêmur.....	: 43 mm.	(38 a 50)
C.F. / C.A. (HADLOCK).....	: 23,63	(20 a 24)
Peso Fetal Provável.....	: 628 gramas(±10%)	(530 a 1260)
Estatura Fetal.....	: 34,6 cm.	

PLACENTA :

De inserção tópica posterior.
Apresentando textura homogênea e maturidade grau 0 (Grannum 0,1,2,3).

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA :

Gravidez tópica, única, de 24 Semanas e 2 dias. (± 1,5 Semanas).
Medida do maior bolsão de líquido amniótico: 4,5 cm
(0 a 2,0 cm=oligoâmnio; 2 a 3 reduzido 3 a 8 cm=normal; 8 a 12 cm ou mais= polidrâmnio).

Marina De Angelis Carvalho
1519-AC

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

" Joelho queimado "

História da Doença Atual:

Paciente deu entrada no serviço relatando colisão com moto, evoluindo com dor em joelho @, edema, limitação de movimento

História da Doença Anterior:

Gestação 2 Lx

Exame Físico:

Der, edema 3+/4+, limitação funcional pulso posterior direita.
Sem sinais de ferida ou perda de líquido, um queixo de dor.

Diagnóstico Provisório:

Fratura plavista tibial 3V @

Diagnóstico Definitivo:

Motivo da Cobrança:

12

Robson de Souza

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM - 1903

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

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

Paula Faturista / HC

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 MAI 2019



FUNDHACRE

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

C.N.B. 700.5071.5797.3855

SISREG: 51 sistema

Nome: Kelly da Silva Santos

3da

Número do Prontuário: 250145 Data: 05.11.2018 Hora: 19:05

ção: A Quarto: Leito: 17

Data do Nascimento: 02.03.1987 Naturalidade: Rio Branco - AC

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Cor: -

RG: 420.129 SSP/AC

Estado Civil: Solteira

PIS	PASEP	RG	CPF	CERT	NASC
-----	-------	----	-----	------	------

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais Religião: Evangélica

Endereço Residencial: Rua: Argentina 70

Bairro: Brejo da Habitação Cidade: Rio Branco Estado: AC

Tel: 99238 0904
99938-2616

Endereço do Trabalho:

Bairro: Cidade: Estado: Tel:

Filiação: Juremair de Jesus Santos - Edna Sousa da Silva

Nome do Cônjuge:

Grau de Escolaridade: Ensino médio completo

Médico Responsável: Dr. Antonio Isai

Nome do Responsável: Suelen da Silva Santos

Nº do RG. do responsável: 429106 SSP/AC

Endereço do Responsável: o mesmo

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

Tec. Cleme

201847 AC

CONFERE COM O ORIGINAL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

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

Rio Branco - Ac, 05 de Novembro de 2018

Suelen da Silva Santos _____
Assinatura do Responsável

Nº do RG 429106 SSP/AC

TERMO DE ALTA A PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____
internado na seção/quarto/leito _____

deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos
que este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

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

Rio Branco - Ac, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

e-mail: cac.hc@ac.gov.br

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC
AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

Kelly da Silva Santos

DIAGNÓSTICO (DX)

Fratura plavm (tórax) (D)

PROCEDIMENTO

CIRÚRGICO PROPOSTO:

osteossintese.

NECESSIDADE DE
ANESTESIOLOGISTA?

SIM () NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

baste bloqueio 4.5 placa em 2 ou 3.

Cópia enviada para
o setor de controle de
custos em 10/10/2010

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA EM: DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTE.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: / /20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

PACIENTE: () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

Raulo m.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

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

Nome completo: Kelly de Sales Santos

Endereço: _____

Data de nascimento: / / . CPF: _____

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

Pelo Presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgias(s): ortossintese

_____, por indicação

do(a) Dr.(a) Antonio Issa, inscrito no CRM sob o N°

_____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns):

Pseudoartrose, artrose joelho,
infecção

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

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

Rio Branco-AC, / / . Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

URGENTE

FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente:

Kelly da Silva Santos

Enfermeira:

Licurgio

Leito:

17

De:

Ortopedia

Para:

Ortopedia / Traumatologia

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

D DA:

Paciente com dor insuportável diagnosticado de
fratura de fêmur no terço proximal. Realizado
curativo e imobilizado com 315 mm de gesso
pleno.

EXAME FÍSICO:

Exame físico realizado e constatado por
lesão na articulação da coxa esquerda e
indolora.
Exame físico para ver a volta do

H. D.:

Paulo m.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Grato.

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

Avaliação Obstétrica.

Considerando a contra-indicação do uso de anticoncepcionais oral durante a gestação por risco de teratogenicidade, sugiro a permanência da monoparina (50) no período que a ortopedia achar necessário.

Att.

Dr. Lúcia M. de Jesus
Médica Obstetra
CRM 10.100

Sob orientação da Dra.
Elaine Leal.

07, 11, 12

U1 - Darter Lake	8/10/4
U2 - SBL SW EV C/8/8H	10 12
U3 - Dinosaur Lake EV C/6/6H	10 16
U4 - Chukar Lake EV C/6/6H	10 16
U5 - Dinosaur Lake VO C/24/24H	
U6 - Dinosaur Lake EV C/8/8H	74
U7 - Dinosaur Lake SC C24/24H	16
U8 - Dinosaur Lake	9
U9 - Dinosaur Lake C/6/6H	10 16

Política com DFG, LIT E. curso. Com
deparamento gerencial, por ser matéria
relativa à administração de Hoteis e p/
atendimento de clientes. Sucesso no curso.
Vigilância V. p/ curso.

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

1º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2000
 2º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2001
 3º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2002
 4º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2003
 5º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2004
 6º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2005
 7º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2006
 8º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2007
 9º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2008
 10º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2009
 11º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2010
 12º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2011
 13º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2012
 14º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2013
 15º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2014
 16º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2015
 17º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2016
 18º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2017
 19º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2018
 20º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2019
 21º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2020
 22º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2021
 23º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2022
 24º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2023
 25º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2024
 26º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2025
 27º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2026
 28º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2027
 29º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2028
 30º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2029
 31º) Exatidão e validade da G.O. p/ 2030

NOME: _____ MATRÍCULA:

--	--	--	--	--	--

CLÍNICA: _____ Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

09 Dez 07:00 às 12:00. Paciente acordou em repouso no leito, orientado, com-
dição, normotensa, normotérmica, oxigenado, realizava movimentos amplos.
18 de no MID às 10:00h, recebeu AVP em MSD com administração em 2 doses, 1 dose
em quadro de desidratação de emergência, SSVV 100-36-36, F20-20mg, F20-20mg,
PA 100x60mmHg, AC 60mg/kg/dia, Lave Lím. com 50% de SSG.

AS 16h - Medicada Cor. prescrita 20mg de
Fenilefrina, euforizada, apnéica. Paciente
e orientado - Sem queda na membrana.
TG 100

10-11-2018 às 09:00h Paciente acordou em
hospitalar, orientado, com membrana
intacta, 2/4, 100-36-36, F20-20mg, F20-20mg.

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE



HOSPITAL

PRESCRIÇÃO
MÉDICA

H. FUNDHACRE

H. DO IDOSO

POLICLÍNICA TUCUMÃ

H. DA CRIANÇA

C. I. DA MULHER

H. M. M. MONTE R

CACON

Clínica

Enferm. / leito

UTI - leito

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M ☐ F ☒

Nome

Observações

PRESCRIÇÃO PARA O DIA

08/11/18

CONTINUAÇÃO DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	VIA	HORARIO
01 - Dextro Valproil		10h
02 - SGL 300mg EV c/ 8/8h		10 18
03 - Lisinapril 10mg EV c/ 6/6h		10 16
04 - Gabapentina 300mg EV c/ 6/6h		10 16
05 - Dexametasona 4mg EV c/ dia		
06 - Clonazepam 1mg EV c/ 8/8h		14
07 - Clonazepam 1mg SC 1 vez ao dia		16
08 - Dexametasona 4mg EV c/ dia		9
09 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
10 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
11 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
12 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
13 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
14 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
15 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
16 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
17 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
18 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
19 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
20 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
21 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
22 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
23 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
24 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
25 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
26 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
27 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
28 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
29 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
30 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
31 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
32 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
33 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
34 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
35 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
36 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
37 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
38 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
39 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
40 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
41 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
42 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
43 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
44 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
45 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
46 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
47 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
48 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
49 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
50 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
51 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
52 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
53 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
54 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
55 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
56 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
57 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
58 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
59 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
60 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
61 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
62 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
63 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
64 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
65 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
66 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
67 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
68 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
69 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
70 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
71 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
72 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
73 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
74 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
75 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
76 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
77 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
78 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
79 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
80 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
81 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
82 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
83 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
84 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
85 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
86 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
87 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
88 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
89 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
90 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
91 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
92 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
93 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
94 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
95 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
96 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
97 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
98 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
99 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		
100 - Dexametasona 4mg EV c/ 6/6h		

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO

C

FARMÁCIA

Paulo Varcelino S Jr
Farmacologia e Toxicologia
CRM 2217

Nome _____

Matrícula

--	--	--	--	--	--

Clínica _____

Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Dayse Carreiro
Téc Enfermagem
COREN - AC 702439

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

RESERVOIR

100

✓ $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

Kelly da Silva Santos

PROCEDE FURTHER: 07.11.18

5. - concordia latina e concordia gr.

~~10~~ ~~26~~ 32 24
~~10~~ ~~26~~ 32 24
 14 32 24
 9
~~10~~ ~~26~~ 32 24

2. 1) * sind die Vektoren um $\frac{1}{2}$ Drehung

[illegible]

F. J. Stern, Harrisburg, Pa. 47/47, Pleasant-
ville, Pa. 47/47, Pleasant-

1.5. 1950-1951

que se vende a 100 libras a tonelada

Give attention

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 22117

NOME: _____

MATRÍCULA: _____

--	--	--	--	--	--

CLÍNICA: _____

Enf. / leito _____

Data / Hora

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

10/08/2018 - paciente segue orientada, responde perguntas, afébril, não há sinais de desidratação, paciente segura, sem alterações de consciência. TA = 36,6°C, SPO2 98% em ar ambiente.

15/08/2018 - paciente segue no mesmo quadro, sem alterações de consciência. SPO2 98% em ar ambiente. TA = 36,2°C, SPO2 98% em ar ambiente.

08 Das 07:00 às 11:00 paciente evolui em repouso no leito, orientada, comunicativa, normotensa, afébril, realizado curativo com-
11 pressão no MID às 09:50, foi medicada conforme prescrição mé-
18 dica, porta AVP em MSD sem noradrenalina em curso, segue sem queixas dos cuidados de enfermagem. PA 90x60mmHg, Tax 35,9°C, FR:19rpm, FC:82bpm.

Ac. Eng. Abigail / Enf. Luiz Kim CEC 543530/AC

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Usuário: público

Compatibilidades - Consultar

Compatibilidade: AIH (Proc. Principal) x OPM (Compatível)

Competência:

Competência: 02/2019 ▼

Procedimento:

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de
Organização:

Código: 0408050551

Nome:

Carla Tibiane dos Santos
Auditora Cirurgica
FUNDHACRE
04/02/19



Compatibilidades

AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030040 - ARRUELA LISA Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 08/2000
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030325 - FIO OLIVADO PYRADOR EXTERNO Documento de Publicação: PORTARIA nº 225 de 29/09/08 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 6	Desde 10/2009
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030333 - FIO TIPO STEINMAN BQSQUEADO Documento de Publicação: OFÍCIO nº 32 de 04/05/12 - CGNE Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 05/2012
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030384 - FIXADOR EXTERNO CIRCULAR - SEMI-CIRCULAR Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 09/2006
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030382 - FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 08/2006
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030643 - PARAFUSO CANSULADO 7,0 MM Documento de Publicação: Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 08/2000
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030805 - PINO DE SHANTZ Documento de Publicação: PORTARIA nº 225 de 29/09/08 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 6	Desde 10/2009
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030824 - PLACA 1/2 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1059 de 14/03/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030825 - PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1059 de 14/03/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 11/2014

Carla Tibiane dos Santos
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIC BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Consultar

Ativ. (Proc. Próprio) 040550551 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRACTURA DO PLAVATO TOTAL
Ativ. (Proc. Próprio) 070000048 - PLANO DE SUPORTE DE PLAVATO TOTAL E A MÓDULO
040550551
Documento de Referência: PORTARIA 1088 de 14/07/14 - 048
Tipo: Consultar - Quantidade: 2

Data:
Hora:

Imprimir





HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACRES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69008-20 - Tel.: 323-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: KELLY DA SILVA SANTOS (EME)
Requisicao: 18.PC.2.015321
Num. do BE: 02588599

Idade...: 31A
Requis.: 01/11/201

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

Cons. Regional:

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemoglobina (em milhões)...: 12,72 mm3
Hemoglobina...: 10,50 g/dL
Hematócrito...: 32,00 %
VCM...: 84,50 fL
HCM...: 28,10 pg
CHCM...: 33,10 g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucocitria Global...: 12.900 /mm3
Basófilos...: 0 %
Valor Absoluto...: 0 mm3
Eosinófilos...: 2 %
Valor Absoluto...: 256 mm3
Mielócitos...: 0 %
Valor Absoluto...: 0 mm3
Metamielócitos...: 0 %
Valor Absoluto...: 0 %
Bastões...: 3 %
Valor Absoluto...: 387 mm3
Segmentados...: 70 %
Valor Absoluto...: 9.030 mm3
Linfócitos...: 15 %
Valor Absoluto...: 1.938 mm3
Monócitos...: 10 %
Valor Absoluto...: 1.290 mm3
Plaquetas...: 0 %
Valor Absoluto...: 0 mm3
Observação...: Hipocromia

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 3 a 5 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Paulo M.
HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 01/11/18 às 20:21 Coleta: 01/11/18 às 18:33-1a. Via Impressa: 01/11/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento...: 02 MINUTOS
Tempo de Coagulação...: 05 MINUTOS
Contagem de Plaquetas...: 328.000 /mm3

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

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 01/11/18 às 20:21 Coleta: 01/11/18 às 18:33-1a. Via Impressa: 01/11/18

HL 79

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: KELLY DA SILVA SANTOS

ID paciente:

ID amostr: 71

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2015321

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 01/11/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

mentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	97	mg/dL		
URE	22	mg/dL		
CRE	0.6	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	4.1	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/11/2018

Data/Hora teste: 01/11/2018

Data/Hora Impr.: 01/11/2018 19:51:32

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Paulo m.
HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

FICHA DE AVALIAÇÃO

Paciente: _____

Enfermeira: _____ Leito: _____

De: _____

Para: _____

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

D. DA: _____

Paulo m.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERS COM O ORIGINAL

EXAME FÍSICO: _____

H. D.: _____

Paulo Marcelino S. Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

Médico Solicitante - Carimbo e Assinatura

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A-17

MATRÍCULA

Data Nasc:

Sexo: M ☐ F ☐

Nome:

KELLY A SILVA

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 06/11/18

Quantidade	USO - ADMINISTRAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
01	DOSE PA 250mg		
02	5 RL 500mg @ 8hs		22-06-14
03	DIPLOMA 10mg @ 4/4q		22-06-08-09-14-18
04	CEFOTETIMA 1g @ 6/6hs		22-06-10-16
05	PLASER 10mg @ 8/8hs		22-06-12
06	CONTROLO 1x/12		09
07	5500 + 4600		
08	Imunoglobulina		
09	1x DCA		04
09	ULEXANE 40mg (se		09
06	Antes das refeições		
	1100 9/1 Rx de 100mg (15		
	V. GESSINTE		

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

RELATÓRIO
DE CIRURGIA

H. FUNDACRE
H. DO IDOSO
POLICLINICA TUCUMA
H. DA CRIANÇA
C.I. DA MULHER
H.M.M. MONTE
CACON

Clinica _____
Enfermaria _____
Leito _____

MATRÍCULA

Data Nasc.:

Nome:

Sexo

M

F

KELLY DA SILVA SANTOS

☒ CIRURGIA ELETIVA
☐ URGÊNCIA

Realizada em 06/11/18 Hora do Início: _____ Término: _____ Duração: _____

Cirurgia de ☐ Pequeno porte ☐ Medio porte ☐ Grande porte

EQUIPE CIRÚRGICA

Região Responsável: (a)

ipe cirúrgica

tesista(s) Dr.(s)

umentador(A)

Sala de cirurgia

DADOS SOBRE A CIRURGIA

hístico pré-operatório

atório histopatológico

ados ARH operatórios

urgia Realizada

urgia curativa ☐ Doença residual microscópica ☐ Doença residual macroscópica ☐ Patologia benigna

corrência

☒ NAO HOUVE

Descrição das intercorrências

aminação ☒ Cirurgia limpa ☐ Potencialmente contaminada ☐ Contaminada ☐ Cirurgia limpa ☐ Suje

ENS DESCRIÇÃO DA CIRURGIA (via de acesso - achados - cirurgia realizada - material utilizado)

1) PUT Gm DDT SOB ANESTESIA + PROTEÇÃO
2) ASSERVA + ANESTESIA + ANESTESIA
3) TACTISA MEDIAL INTERIOR TUBO DE VENTIL
4) TUBO DE VENTIL POR PLAVAR CO PROTEÇÃO
5) NOS LEVAMENTOS DE ELEM DO FUNDOS

Kelly
Santos

		NOTA DE SALA		CENTRO CIRÚRGICO ☒ UTI ☐ AMBULATÓRIO ☐	Nº REGISTRO: 250745 DATA: 06/11/2018 SALA: 06
--	--	-----------------------	--	--	---

CARTÃO SUS 700.6021.5797.3855 Nº DO LEITO: 12 COD. DO PROCEDIMENTO:

NOME DO PACIENTE Kelly da Silva Santos
 PROCEDIMENTO REALIZADO Ex de pleurotoma torácica
 TIPO DE ANESTESIA Sedação + traqueal + bloqueio femoral

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada		☐			un.	Aguilha Hipodérmica nº 40x32L		☐	070x25	☐
	Atropina 0,5mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº 26		1		
AMP.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
fr.	MARCAINA PESADA 0,5%		01			un.	Atadura de Crepe 20cm		☐	☐	
amp.	DORMONID		1			un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V		1			un.	Compressa 10x40 gaze		100	100	
ml	Fentanil		1			un.	Compressa 45 x 50		☐		
ml	LIDOCAINA 2 % C/V					un.	Dreno nº				
ml	Material Fita Cardíaca 1					un.	Lâmina de Bisturi nº 23		1		
fr.	PROPOFOL					un.	EQUIPO		1		
tb.	Lidocaina Gel (Xylocaine)					Par.	Luvas de Borracha nº 6,5	☐	☐	☐	8,0L851
fr.	Tiopental (Thionembutal)					un.	CATETER INTRAVENOSO				
fr.	Suxametônio (Quelicin)					un.	Seringa 5ml	☐			
fr.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml	☐			
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml	☐			
amp.	RONCURONIO					un.	Sonda nº				
fr.	PROPOFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº 0L				
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	Ketalar cefazolina 4mg					un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon) Dipirona 2g					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin) Tenoxicam 20mg					UN.	MONONYLON Nº 3,0	☐			
un.	NAUSEDON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SERVOFUNANE					ML	ÁLCOOL 76%			100ml	
un.	ISOFRANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE			300ml	
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA			300ml	
un.	SORO RINGER 500ml		☐				Bleivados			05	
un.	SORO FISIOLÓGICO 500ml		☐				Cateter O2			1	

CIRURGIÃO: André Lisi + Equipe	CIRCULANTE: Dagmar Gessy	ANESTESISTA: Nagib Elmar	HORA ENTRADA SO:	HORA SAÍDA SO:
CIRURGIÃO:	INSTRUMENTADOR:	ENFERMEIRO:	HORA INÍCIO ANESTESIA:	HORA FINAL ANESTESIA:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE NOBREGA
 CONFERE COM O ORIGINAL



SISTEMA
FUNDHACRE

FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema <u>HC</u>				MATRICULA <u>0250145</u>					
Data <u>22/03/1987</u>		Enf. <u>A</u>		Leito <u>12</u>		Data Nasc. <u>22/03/1987</u>		Sexo: M ☐ F ☒	
Idade <u>51A</u>		Cor <u>-</u>		Altura <u>-</u>		Peso <u>-</u>		Nome: <u>REY DA SILVA SANTOS</u>	
Grupo Sang. <u>-</u>		PA <u>-</u>		Pulso <u>-</u>		Temp. <u>-</u>		Resp. <u>-</u>	
Hemácias <u>3.22</u>		Leucóc. <u>12.400</u>		HT <u>32.1</u>		Hemog. <u>10.0</u>			
Glicemia <u>77</u>		Ureia <u>22</u>		Creat. <u>0.6</u>		Bil. Dir. <u>0</u>		Ind. <u>0</u>	
Tgo <u>0</u>		Tgp <u>0</u>		Ap. Resp. <u>Asma</u>		Bronquite <u>-</u>		Complacência <u>-</u>	
M. Ves <u>-</u>		Alergia <u>LEGA</u>		Ap. Circ. Ecg <u>120 bpm</u>		Pescoco <u>32.1</u>		Peça Dent. <u>-</u>	
Ap. Digestivo Dentes <u>-</u>		Drogas em Uso <u>-</u>		Estado Mental <u>-</u>		Aparelho Urinário <u>-</u>			
Diagnóstico Pré Op. <u>Exatidão de dados</u>									
Anestesia Anteriores <u>Asa</u>									
Medic. Pré-Anest. <u>-</u>									
Hora <u>14h</u>									
Bases <u>O₂</u>									
N ₂ O <u>-</u>									
Vazão <u>-</u>									
CÓDIGO									
V <u>260</u>									
A <u>240</u>									
X <u>220</u>									
P <u>200</u>									
A <u>180</u>									
X <u>160</u>									
P <u>140</u>									
A <u>120</u>									
X <u>100</u>									
P <u>80</u>									
A <u>60</u>									
X <u>40</u>									
P <u>20</u>									
Símbolos <u>-</u>									
DROGAS ADMINISTRADAS									
1° <u>-</u>									
2° <u>-</u>									
3° <u>-</u>									
4° <u>-</u>									
5° <u>-</u>									
6° <u>-</u>									
7° <u>-</u>									
8° <u>-</u>									
9° <u>-</u>									
10° <u>-</u>									
11° <u>-</u>									
12° <u>-</u>									
13° <u>-</u>									
14° <u>-</u>									
15° <u>-</u>									
TECNICA <u>Asa</u>									
CIRURGIA <u>Uterotomia</u>									
CIRURGIÕES <u>Dr. Antônio F. Silva</u>									
MONITORAÇÃO <u>Eletr. e manual</u>									
OBS <u>-</u>									
Carimbo									
ANESTESIOLOGISTA <u>-</u>									

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

TOTAL

		DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica		CONTROLE DO FISCO 	
Empresa: Briga e Briga Importação e Exportação Ltda CTO DE MATO, 001 - PLACAS, RIO BRANCO RIO BRANCO - AC INSC ESTADUAL: 000000000		Série: 1 Emissão: 2 Nº 8138 SÉRIE: 1 Página: 1 de 1		CHAVE DE ACESSO DA NF-e: 1218 1283 8377 9000 0108 5550 1050 0081 3810 0039 6951 Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda de Mercadorias		ATRIBUTO DO PROTOCOLO DE UTILIZAÇÃO DA NF-e: 01218000781003		DATA/HORA DE EMISSÃO: 08/12/2018 11:26:02	
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 0101804000125		INSC. ESTADUAL DO EMISSOR/REMETENTE: 000000000000000000		CNPJ: 000000000000000000	
DESTINATÁRIO/REMETENTE: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE				CEP: 04034526000143	
ENDEREÇO: GETULIO VARGAS, 1448				DATA DE EMISSÃO: 08/12/2018	
MUNICÍPIO: RIO BRANCO				DATA DE SAÍDA/ENTRADA: 08/12/2018	
FONECELA: 0630283635				DATA DE SAÍDA/ENTRADA: 11:26:02	
FATURA: R\$ 200,00 08/12/2018					
CÁLCULO DO IMPOSTO					
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL: 00		FONECELA: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
RAZÃO SOCIAL: 00		FONECELA: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
RAZÃO SOCIAL: 00		FONECELA: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO					
CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00	
CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00	
CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00		CÓDIGO PRODUTO/SERVIÇO: 00	
CÁLCULO DO ISENT					
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00		VALOR DO IMPOSTO: 00	
DADOS ADICIONAIS					
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: 00	

ATESTO e RECEBIMOS de Mato Grosso do Sul
 e/ou Serviço, constante na presente Nota
 Fiscal.
 Emissão: 08/12/18

Paulo m.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
 CONFERE COM O ORIGINAL

Jorgete Mesquita de Melo Lado
 Diretora Administrativa/HUERR
 DECRETO 4620/15

RE: 306038
SUS: 700507157973855 LT 17

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HC
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HC
3 - CNES: 2001984

4 - NOME DO PACIENTE: Kelly de Silva Santos
5 - DATA DE NASCIMENTO: 02/03/1981
6 - SEXO: F
7 - RAÇA/COR: P
8 - ETNIA: B
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Argentina, RB
10 - CID (CÓDIGO MUNICIPAL):
11 - UF:
12 - CEP:

13 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:
Paciente vítima de acidente de trânsito. Apresenta dor e edema no joelho direito.
Material: Bax. bloco de 4.5 Placa L ou T de 8 fur.

14 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Trauma de membro superior direito. Fratura de Antebraço Isse no dia 06/11/18.
HC. Deve Internar 05/11/18

15 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Rx / Exames.

16 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura Plavato Hilt (D)
17 - PROCEDIMENTO SOLICITADO: ortossintese
18 - CID 10 PRINCIPAL:
19 - CID 10 SECUNDÁRIO:
20 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

21 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Antenor Isse
22 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/11/18
23 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
24 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS):
25 - CID 10 DA SEGURADORA:
26 - CID 10 DA EMPRESA:
27 - CID 10 DA CAUSA EXTERNA:

28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
29 - CID 10 DO ÓRGÃO EMISSOR:
30 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Código Solicitação: 263708044

Número AIM: 121810048599-8

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO

Unidade Executante:
FUNDHACRE

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro
BR 364 KM 2 - 02 - - DISTRITO INDUSTRIAL

Central Reguladora
Data de Solicitação 05.11.2018 - 18:19:48
Data de Autorização 07/11/2018 - 19:27:45
Data de Reserva 11.11.2018
Data de Internação 05.11.2018
Data Prevista de Alta 10.11.2018
Data de Alta 14/11/2018 - 19:35:01
Motivo da Alta 1.2 ALTA MELHORADO

CNES:
2001578
CNES:
2001586
Município Executante
RIO BRANCO

Operador
Operador
Operador
Operador

SOLHEURS-MARIA
REG-POLAMARIANO
EXEC-FUNDHACRE-MARCIO
EXEC-FUNDHACRE-MARCIO

DADOS DO PACIENTE

CNS:
700307157973855
Nome do Paciente
KELLY DA SILVA SANTOS
Nome da Mãe
EDNA SOUSA DA SILVA
Sexo:
FEMININO

Idade de Nascimento:
23/1987 (31 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
277
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(68) 99943-2507 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:
RIO BRANCO - AC
Raça:
PARDA
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:
TUCANO
Bairro:
CONJUNTO OURICURI
Município de Residência:
RIO BRANCO

Complemento:

CEP:
69503-212
UF:
AC

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
07922022794
CPF do Médico Executante:
07922022794
Diagnóstico Inicial - CID:
S829 - FRATURA DA PERNA, PARTE NÃO ESPECIFICADA
Caráter
10 - Eletivo
Clínica:
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTO TIBIAL

Nome do Médico Solicitante:
ANTONIO ISSE DOS SANTOS LOPES
Nome do Médico Executante:
ANTONIO ISSE DOS SANTOS LOPES

Classificação de Risco
Prioridade 1 - Prioridade não urgente
Clínica Complementar:
Nenhuma
Código:
040505031

Status da Solicitação:
APROVADA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
FX DE PLANTO TIBIAL, OSTEOSÍNTESE/ CX BLOQUEADA DE 4,3MM + PLACA EM L OU T DE 8 Furos, COM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA PARA O DIA 06/11/18 NO HC COM DR. ANTONIO ISSE/16>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAMES E DE IMAGEM.

Condições que Justificam a Internação:
PACIENTE NO LEITO 177, CCB COM PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA PARA O DIA 06/11/18 NO HC COM DR. ANTONIO ISSE.

PARCELA

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:
05.11.2018 - 18:19:48

Data da Extração dos Dados: 16/11/2018 11:48:37

Paulo M
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Usuário: publico

Compatibilidades - Consultar

Compatibilidades: AIH (Proc. Principal) x OPM (Compatível)

Competência:

Competência: 02/2019

Procedimento:

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de Organização:

Código: 0408050551

Nome:



Compatibilidades

AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702030670 - PLACA EM L 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1069 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031003 - PLACA EM T 4.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1069 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031054 - PLACA PONTE 3.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1069 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 1	Desde 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031089 - PLACA SEMITUBULAR 3.5 MM (INCLUI PARAFUSOS) Documento de Publicação: PORTARIA nº 1069 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 11/2014
AIH (Proc. Principal): 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL AIH (Proc. Especial): 0702031348 - FIO DE KIRSCHNER Documento de Publicação: PORTARIA nº 1069 de 14/10/14 - SAS Tipo: Compatível - Quantidade: 2	Desde 11/2014

1 2



Paulo m.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE NIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Seleção | Histórico | Imprimir

Usuário: público

Procedimento

Procedimento: 04.08.05.055-1 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLÁNCALO TIBIAL

Grupo: 04 - Procedimentos cirúrgicos
 Sub-Grupo: 05 - Cirurgia do sistema osteomuscular
 Forma de Organização: 05 - Membros inferiores

Competência: 02/2019 ☒ Histórico de alterações

Modalidade de Atendimento: Hospitalar
 Complexidade: Média Complexidade
 Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)
 Sub-Tipo de Financiamento:
 Instrumento de Registro: AIH (Proc. Principal)
 Sexo: Ambos
 Média de Permanência: 3
 Tempo de Permanência:
 Quantidade Máxima: 2
 Idade Mínima: 0 meses
 Idade Máxima: 130 anos
 Pontos: 250
 Atributos: Inclui valor de anestesia
 Complementares: de Equipe Cirúrgica

Carla Ribeiro dos Santos
 Auditora Cirúrgica
 FUNDACRE
 04/02/19

Valores:

Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Hospitalar: R\$ 252,08
 Total Ambulatorial: R\$ 0,00 Serviço Profissional: R\$ 145,07
 Total Hospitalar: R\$ 397,15

Admissão permanência maior

Termino internação

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Reins Condicionada	Reins	TUSS
-----------	-----	-----	-------	-----------------------	-------------	-------	--------	--------------------	-------	------

CID Principal

CID Secundário

Código

5821 Fratura de epifise proximal do fêmur
 5822 Fraturas múltiplas da perna
 5828 Fratura de outras partes da perna
 5829 Fratura da perna, parte não especificada

Notas

Paula M.
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL.



RECEITUÁRIO

PACIENTE

Landa

Kelly da Silva Santos Souza, residente do
Tramito N° 8/10/18 apresentando
fratura de planalto tibial direito sendo
submetida a cirurgia ortopédica para
osteossíntese com placa em T e parafusos
evoluindo com cicatriz cirúrgica de 15cm
na face medial do joelho @, com dor
Voluntária do joelho @, terapêutica fisioterapêutica
diária, limitação no arco de movimento
por joelho @ e marcha claudicante.
paciente é portador de sequelas
definitivas no MIO e de outras
médicas:

DATA

4.7.19

Dr. Silvestre C. Silva
Ortopedista
CRM 13 - AC

ASSINATURA DO MÉDICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE - CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE - RIO BRANCO - ACRE
CEP: 69.909-380 - FONE: 32234608

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

Polígono Direto

Kelly da Silva Santos

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 MAI 2019

PROTOCOLO
23-010-BRANCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 420129 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2008

NOME KELLY DA SILVA SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO DE JESUS SANTOS
EDNA SOUSA DA SILVA

NATURALIDADE RIO BRANCO - AC

SOC ORDEM CERTO NASC 34181 FLS 93 LIV A-68

RIO BRANCO - AC

938.363.682-34

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO 02/03/1987

CSF 40-534

CSF 30354

P 50

LEI Nº 116 DE 29/08/83

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190323183

Nome do(a) Examinado(a): KELLY DA SILVA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Dorval Camilo, 1854 - Rio Branco/AC
- CEP 69905-859

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 420129 - SEJUSP AC

Data e Local do Acidente : 08/10/2018

Data e Local do Exame : 18/07/2019 RUA GUANABARA, 3456 - ESQUINA
COM A RUA PA - PORTO VELHO/RO - CEP 76803-842

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Diagnostico: Fratura de planalto tibial direito

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

Tratamento: cirurgico para redução e osteossintese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.

Alta: Junho de 2019

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

Exame físico: MID: cicatriz cirurgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexao do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membro.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico e redução da força muscular do membro.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CREMERO-1822

JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 1820 / UF :RO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KELLY DA SILVA SANTOS : 938.363.682-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/05/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/06/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: GLEICIANE DA SILVA ALENCAR
CPF: 014.187.102-45

GLEICIANE DA SILVA ALENCAR

PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo N°: 33903 231 83

Vítima: Kelly da Silva Santos

Natureza : INVALIDEZ

Prezados Senhores

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido paga apenas o valor de 1687,50 com a devida constatação de lesões e sequelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa a Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação medica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V. Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimento que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone

(68) 33387 53 23

Kelly da Silva Santos

Rio Branco/AC 04 de Julho de 2019.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: : Fratura de planalto tibial direito

Descrição do exame físico: Exame físico: MID: cicatriz cirúrgica de 15 cm na face medial do joelho, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexão do joelho a 100 graus e na extensão do joelho a 10 graus e redução da força muscular do membr

Resultados terapêuticos: cirúrgico para redução e osteossíntese com placa em T e parafusos, e fisioterapia.
Alta: Junho de 2019

Sequelas permanentes: Funcional: limitação funcional do joelho direito conforme descrito no exame físico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: NAO HOUVE AGRAVAMENTO DO QUADRO CLINICO CONDUTA MANTIDA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190323183

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

Data do acidente: 08/10/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONSTA PAGAMENTO NESTE SINISTRO NO VALOR DE R\$ 1.687,50. MODERADA DO JOELHO DIREITO. @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0161597/19

Número do Sinistro: 3190323183

Vítima: KELLY DA SILVA SANTOS

CPF: 938.363.682-34

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 08/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KELLY DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/06/2019
Nome: KELLY DA SILVA SANTOS
CPF: 938.363.682-34

KELLY DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA