

---

**Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200005916**

**Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES**

**Data do Acidente: 26/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES**

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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200005916                      Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 26/10/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
-----------------------	--

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



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200005916

Vítima: ANTONIO ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANTONIO ARAUJO GOMES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: ANTONIO ARAUJO GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003424

Conta: 000006115-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200005916 **Cidade:** Bujari **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). P16, 65 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, Acre, 27 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







ESTADO DO ACRE SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE BUJARI  
ENDEREÇO: RUA JOSÉ PEREIRA GURGEL, Nº. 291, CENTRO - CEP 69.926-000 - BUJARI - AC  
TELEFONE: (68) 3231-1154 - E-MAIL: [dpbjv.sepc@gmail.com](mailto:dpbjv.sepc@gmail.com)

OCORRÊNCIA OFF LINE N.º 353/2019 DGPBJ- AC - Registrado em 20 de dezembro de 2019

**FATO COMUNICADO**  
**SEGURO DPVAT**

Data dos fatos: 10/11/2019

**LOCAL:** Bujari-Ac

Município:

Estado: Acre

Tp de Local: Residência

Referência: RAMAL ESPINHARA KM 24, BUJARI-AC.


**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA**

**ANTONIO ARAUJO GOMES** (58); RG: 109391 SSP/AC ; CPF: 183.044.002-00  
PREJUDICADO; Data de nascimento: 13/06/1961; Filiação: ANTONIO QUIRINO GOMES E  
MARIA EUNICE GOMES, End: BR 364, KM 54, RAMAL DO ESPINHARA 2, BUJARI-  
AC; Fone: (68) 9-99728389.

**HISTÓRICO**

O comunicante compareceu nesta Delegacia Geral de Polícia Civil, para registrar os seguintes fatos: Que na data acima elencada, sofreu um acidente em sua motocicleta no ramal acima descrito, porém foi socorrido por duas pessoas, Plínio, o qual trabalha no posto de saúde de Bujari bem como a sua esposa. Em decorrência do acidente, o comunicante sofreu uma fratura na perna, e após 50 dias de recuperação, vem a esta delegacia registrar o feito a fim de reclamar pela via legal o seu direito ao SEGURO DPVAT.

  
Carlos Flávio Portela Richard  
Delegado de Polícia Civil  
Delegado de Polícia

  
Clermon Anderson Moura Nogueira  
Agente de Polícia Civil

  
ANTONIO ARAUJO GOMES  
Comunicante



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO BUJARI - BUJARI - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002761/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/01/2020 09:19 Data/Hora Fim: 22/01/2020 09:37  
Origem: Polícia Judiciária Data: 22/01/2020  
Delegado de Polícia: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil do Bujari  
Data/Hora do Fato: 26/10/2019 08:30

Local do Fato

Município: Bujari (AC)  
Bairro: Zona rural  
Logradouro: ramal espinhara km 24

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO ARAUJO GOMES (COMUNICANTE)	
Nacionalidade: Brasileira	Idade:
Naturalidade: AC - Feijó	Profissão: Aposentado
Nome da Mãe: Maria Eunice Gomes	

Endereço

Município: Bujari - AC  
Logradouro: ramal do espinhara km 02  
Bairro: zona rural  
Telefone: (68) 99972-8389 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição honda cg 125 titan ks	Placa mzo-4004
Renavam 00802008585	Número do Chassi 9c2jc30103r183315
Ano/Modelo Fabricação 2003/2003	Cor verde
UF Veículo Acre	Marca/Modelo honda titan cg 125 ks
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Araujo Gomes	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu nesta Delegacia Geral de Polícia Civil, para registrar os seguintes fatos: Que na data acima elencada sofreu um acidente em sua motocicleta no ramal acima descrito, porém foi socorrido por duas pessoas, Plínio, o qual trabalha no posto de saúde de Bujari bem como a sua esposa. Em decorrência do acidente, o comunicante sofreu uma



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas  
Impresso por: Ivan Luiz da Silva Mendonça  
Data de Impressão: 22/01/2020 09:39  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL DO BUJARI - BUJARI - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002761/2020

fratura na perna esquerda e após 50 dias de recuperação vem a esta delegacia registrar o feito a fim de reclamar pela via legal o seu direito ao SEGURO DPVAT; QUE esta Noticia crime substitui a Ocorrência nº 353/2019 DGPBJ-AC de 20/12/2019.

ASSINATURAS

Ivan Luiz da Silva Mendonça

Agente de Polícia  
Matrícula 9119116

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) principal responsável pelas informações acima assentadas e tenho que poder responder civil e criminalmente pela presente declaração que dá origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Antonio Araujo Gomes

(Comunicante)

Ricardo Castelo R. Casas  
Corregedor Geral da Polícia Civil

Ricardo Castelo Rodrigues Casas

Delegado de Polícia

Matrícula 932527-1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, Acre, 27 de dezembro de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ARAUJO GOMES

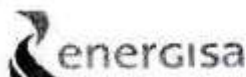
BANCO: 104

AGÊNCIA: 03424

CONTA: 000000006115-3

---

Nr. da Autenticação C66F6788C02A2718



Para contato  
com a Energisa,  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0212745-8

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO AGRESTE  
Rua Manoel Magalhães, 226 - Bangu - Rio Bonito - RJ  
CNPJ nº 06.558.010/0001-71 (Inscrição Estadual nº 04.149.003-4)  
Nota Fiscal / Chave de Acesso Eletrônica: 34FB.71D0.FCSD.664E.09BC.E91E.A3EA.69C3

Nº da Nota Fiscal: 006199614  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	02/12/2019	30	16,74

ANTONIO ARAUJO GOMES  
RM ESPINHARÁ (RURAL) 23101 BR 364 KM 24 BUJARI (RURAL)  
CPF: 00018304400200  
CEP: 69.926-000 - BUJARI

DATA DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual	6178	07/11/2019
Anterior	6178	08/10/2019
Coeficiente de multiplicação	1,000	Última Leitura: 06/12/2019
Consumo Medido	0	Emissão: 05/11/2019
Consumo Fictício	30 - FEMP	Apresentação: 23/11/2019

Forma de Pagamento: MINIMO Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo Consumidor	Unidade	Numero Medidor	Ponto	Código Tar	Medida 12 - 1 - 1
RURAL	MONO	7115283		4.1.2.1	21

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh		
OUT/19	0	CONSUMO	30 A R\$ 0,458198 = 13,74
SET/19	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	3,00
AGO/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,34
JUL/19	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,29
JUN/19	0		
MAI/19	0		
ABR/19	30		
MAR/19	62		
FEV/19	64		
JAN/19	66		
TARIFA COM T.S.O.P.O.			
24 - 02 - 0,458198			

#### MENSAGENS IMPORTANTES / PRAZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/12/2019, em função das contas vencidas nesta data. O recibo pagamento poderá ser emitido também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda a existência de contas vencidas a 14 dias, no valor de R\$ 1.243,20 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

RESERVISTA LICENCIADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (WWW.EKARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/ 01/2020 OU NA OM MAIS PROXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISCO 34FB.71D0.FCSD.664E.09BC.E91E.A3EA.69C3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	4,95	Base de Cálculo	
Energia	6,40	Alíquota ICMS	
Transmissão	0,14	Valor do ICMS	
Reatância	1,71	Valor do PIS	0,72%
Perdas	0,54	Valor do COFINS	3,32%
			0,09
			0,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIE			FIC			DMC	DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Unidade	32,92			7,00			14,59	
Reservado	13,43	26,86	58,73	6,93	13,86	27,72	6,72	

Consumo: TANGARA Período de 09/2019 R\$ 7,79  
ROT: 23 003:23 01-001700 SEQ: 00009



OK

224B

10/11/70

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2679472 DATA: 26/10/2019 HORA: 12:32 USUARIO: KHERLLY  
CNS: 705407473169094 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO ARAUJO GOMES DOC...: RG 109391  
IDADE.....: 58 ANOS NASC: 13/06/1961 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: BR 364 KM 52 RAMAL ESPINHARA KM 24 NUMERO:  
COMPLEMENTO..... BAIRRO:  
MUNICIPIO.....: BUJARI UF: AC CEP....: -  
I. ME PAI/MAE...: ANTONIO QUIRINO GOMES /MARIA EUNICE GOMES  
RESPONSAVEL....: BEATRIZ - SOBRINHA TEL....: 999967756  
PROCEDENCIA....: RODOVIA - BR 364  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE MOTO  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[148X90 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[63] SPO2[98]

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

PACIENTE TRAZIDO POR "AMBULANCIA COMUM", SEM CONSC. SEM PAINHA  
NÃO IMOBILIZADO. QUEDA DO MTE, LATERAL, DEBILIDADE, PERDA DE CONSC. E  
(1) LAD. ORBITA (2) MTE (3) MTE (4) MTE (5) MTE (6) MTE (7) MTE (8) MTE (9) MTE (10) MTE  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
NÃO ESTÁ E FICOU EM 015 POR 5 MINUTOS (E) E NAO QUANTO AO  
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

(1) DIANODIA 1g + TRATIZ 20g + AD (EV) > 12:40'  
(2) SOL. Rx TRAUMA, MTE  
Jejum + ao transito

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

12:32' o pte vindo do município do Bujari  
em maca, eupneico, lúcido, orientado,  
com relato de queda de moto. TE marca 19726



NOME DO PACIENTE	15:00h. Realizado na OBS. do Trauma					IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	orientado, comunicativo. Refere alergia em MIE. Segue em dieta zero aguardando					COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	procedimento cirúrgico pela Ortopedia					Gabriela Silva	
DISCRIMINADOR						Peso:	CORENAC 433.278 Enfermeira
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%
	ESCALA DE DOR					Pulso:	bpm
	 ( ) 10 ( ) 8-9 ( ) 7 ( ) 5-6 ( ) 3-4 ( ) 0					Glicemia:	mg/dL
					Glasgow:		Alterado ( ) Não alterado ( )
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:			( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO		HORÁRIO:	
			Tempo máximo: 3 minutos		Assinatura:		
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, punção em ( ) MSE ( ) MSD, local: \_\_\_\_\_  
com ( ) Jelco nº: \_\_\_\_ ( ) Scalp nº: \_\_\_\_
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: \_\_\_\_\_;
- ☐ NBZ: \_\_\_\_\_

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às \_\_\_\_:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFIRMAR ORIGINAL

Mungô Quel 3/10/19 13:40

Paciente portador de asma  
Rx torax clear.

Rx pulmões claros sem infiltrado

EF MIPHA 1500mg Adrenalina 1mg

Dr. Thales Raimoni F. Chassagnon  
Cirurgião Geral  
CRB-230406

CD. - alta do Mungô Quel  
- Aval subagudo

Às 13:30h. encaminhado à ortop. de massa, acordado  
preço e ultrassom. Ef. felizes 388.273 COREN-A.  
Fluagem paciente em laboratório de ec para proclamação  
verto. Te ef para o médico



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

digitado e impresso em: 24/11/2019 às 11:34:25



HUERB

REGISTRO PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLINICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 24/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISTADOR: DR ANTONIO ISSE	1. DIETA LIVRE S.O.D 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERIAS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS  Dr. Antônio Araujo Gomes CRM - 18101/AC	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	PAS. O 050015 AS 15:00 HRS. Pac. Leite Tomar Bando de AS/RESAS Trocado febre de cama e vitais feio. Cada tubo e medicações clu- do 12:00 Dor de urina. 205604.

Antônio Araujo

Fisioterapia

No momento não  
pode fazer transferência  
de peso. Põe a mão no leito  
e mexa as respirações  
e/ou motoras. *Quinta-feira*

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





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

digitado e impresso em: 26/11/2019 às 12:39:13



HUERB

REGISTRO PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM ADELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA SOLICITO LABORATORIO VISITADOR: DR RAFAEL	1. DIETA LIVRE <i>24/7</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/23</i> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/6H <i>10/10 22 04</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/23</i> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>10/23</i> 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/22</i> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10/22</i> <i>[Signature]</i>	<p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p><i>Por observação de enfermagem: paciente apresenta bom de sinais vitais e de temperatura e curativos e medicações com não dor de ulceras nos 604 27/11/2019 S. 30 - paciente bem alimentado e hidratado T.C. 36,5°C / 36,5°C</i></p>

*F. Araujo*

Friestropio

nas realizadas  
Quilias P.  
#4928

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 27/11/2019 às 13:49:44




LEITO

REGISTRO  
PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DE: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EFI: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA SOLICITO LABORATORIO VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE <b>SND</b> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <b>16 22</b> 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <b>16 16 22 04</b> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <b>19 22</b> 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIARIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <b>12 22</b> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <b>16</b> 	<b>SAME / HUEBRB</b> <b>CÓPIA</b> <b>CONFORTAL ORIGINAL</b>	<b>17:00</b> Paciente tomou banho - Escovou os dentes - Usou o lego alimentar e beber sem dificuldade

Francisley







digitado e impresso em: 28/11/2019 às 13:39:09

26  
27  
28  
29  
30

PACIENTE

**ANTONIO ARAUJO GOMES**

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Dt: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE <i>SN</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10 22 22 22 22</i> 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>(10) (16) (22) (01)</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>(10) (22) 22 22 22</i> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIARIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10 22 22 22 22</i> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10 22 22 22 22</i>	SAME / HUEB Cópia CONFORME ORIGINAL	<p>Pac Trauma braço de as fratura com auxílio + troca de curativo ele causou 16:00hrs, Pac não sofreu queixas, acia desta operada por por fraturas no mais</p> <p>29/11/19 -</p> <p>3. colar Pac de anti</p> <p>Assinado por: <i>[Assinatura]</i>            Tcc: <i>[Assinatura]</i>            COREN: <i>[Assinatura]</i> AC</p>

Associação de Defesa da  
Téc. Esp. e Treinagem  
CORRENTE 046704 AC

*Tricleronia*

trinitropio  
Pte stovo no bito-  
sl quixas.  
Ad montida

Dr.ª Quilina R. Silva  
Crefito 74292. F  
Fisioterapeuta

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

Digitado e impresso em: 05/12/2019 às 11:02:03



HUEB

LEITO

REGISTRO  
PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLÍNICA  
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE. <u>SN</u> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <u>10:30</u> 3. DÍPIRONA 1 GR EV 8/8 HR <u>14:30</u> 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS <u>18:30</u> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <u>16</u>		<p>DOS 04 OS 19h00min medicado e levado no leito e banho tomado dentro do tempo e ai me dirigido, meus exames de Hemograma foram 7,88 g/dl.</p> <p>Atualmente encontra-se estável, hidratado e nutricionalmente adequado com vitalidade preservada e sem alterações.</p>

Videograpo  
Estudio de Roberto

Roberto Lima  
1946 ff

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFIRM. ORIGINAL





Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

# CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 17:00 SALA 03 DATA 26/10/19  
 NOME DO PACIENTE Antônio Araújo Gomes ID 56662  
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA ( ) AMBULATORIO ( ) OUTROS ( ) OUTROS / HUERB  
 ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA ☒ LOCAL ( ) OUTROS ( )  
 INÍCIO DA ANESTESIA 17:30 TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_  
 PROCEDIMENTO REALIZADO Exatador externo MJE  
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 17:30 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 17:50  
 CIRURGIÃO Isaaca AUXILIAR(ES) marcondes  
 ANESTESISTA Alex, Daniela INSTRUMENTADOR Eliza  
 CIRCULANTE Andruia ENF Quimede

## MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 5un	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 30ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27 - 5un	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 6m
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 180un
L IRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20cm - 1	GORRO 7un
DILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0 2un
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5 2un
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5 2un
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 06un
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 21-1
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 7un
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10un	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 80ml
PAVULON	ELETRODOS 5un	POVIDINE TINTURA 80ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPE 14un
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 m+ 250 - 1un	SERINGA DE 3 ML 1un
SORO RINGER LACTATO	FRALDA 1un	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML 1un
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML 2un
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

# SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 17:20	HORÁRIO: 17:50	HORÁRIO:
PA: 124 x 78 mmHg	PA: 128 x 74 mmHg	PA:
FC: 96 bpm	FC: 85 bpm	FC:
SPO2: 96%	SPO2: 97%	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: 025695 Código: F08 2 209  
 SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA  
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
 350 - ESTÉRIL  
 Val: 08/2024  
 Registro Anvisa Nº 80083450031  
 Material AÇO INOX/ALUMÍNIO

Lda Guilherme Sartori & Cia Lda - EPP  
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. do Claro, 57  
 Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE Departamento de Assistência Médico Hospitalar Unidade: <u>MUSP</u>		RELATORIO DE CIRÚRGIA	
NOME DO PACIENTE: <u>Arturo Prado Gomes</u>			
IDADE: <u>58 anos</u>		OBSERVAÇÃO: _____	
DIAGNÓSTICO: <u>Fratura do antebraço e punho VI</u>			
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Redução da fratura e colocação de fixador intramedular em joelho esquerdo</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>A mesma</u>			DATA: <u>26/10/19</u>
CIRURGIÃO: <u>Isidoro Euler</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. Mariano</u>	
2º AUXILIAR: _____		INSTRUMENTADOR (A): _____	
ANESTESISTA: <u>Dr. Augusto</u>		ANESTESIA: <u>Intubação</u>	
ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DESCRIÇÃO: _____			
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____			
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO			
<input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO			
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA			
<u>1) Fixação em PMA 58 anos</u>			

② ASSAIO ③ ANTÍSSIDA ④ LAMINAR PLAS  
CASA?

③ LATERAL DE FOLHA BOCA MASSICUM  
JUNO ④ COM 2 LINHAS DE S. UNZ NO  
FOLHA E 2 EN TUBO BOM INTERLOCUT  
DOE BOM E INTERLOCUT.

④ LAMINAR LAMINAR BOM OK.

⑤ PROBABILMENTE / INTERLOCUT

⑥ A ENTENHA E / ANIMAS ANIMA  
JUNO E SEMINHO.

26/10/19

18:00

S. JUNO!

SAME / NUNCA  
CÓPIA  
CONFORME ORIG.





Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

*Transtorno de ansiedade (E)*

História da Doença Atual:

*Período de 10 dias anteriores  
ao nascimento da criança (E)*

História da Doença Anterior:

*Ansiedade*

Exame Físico:

*Boa e sem alterações*

Diagnóstico Provisório:

*Transtorno de ansiedade (E)*

Diagnóstico Definitivo:

*SCHIZOFRENIA*

Motivo da Cobrança:

*12*

- 11-ALTA CURA
- ☒ 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ 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

- 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/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

\_\_\_\_\_, abaixo assinado, declara que responsabiliza pela internação do paciente \_\_\_\_\_ dando plena autorização aos médicos desde 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 complementação do diagnóstico.

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

\_\_\_\_\_-AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

Nº do RG \_\_\_\_\_

## TERMO DE ALTA PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente \_\_\_\_\_ internado na Seção \_\_\_\_\_ Quarto \_\_\_\_\_ desde hospital, sem alta médica isento o Corpo Clínico e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar, assumindo inteira responsabilidade. Assino.

\_\_\_\_\_-AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Nº do RG: \_\_\_\_\_

Testemunha: 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

## TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido às disposições do Regulamento Interno desde Hospital, tomo Conhecimento de minha ALTA HOSPITALAR.

\_\_\_\_\_-AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Nº do RG: \_\_\_\_\_



ce

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

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

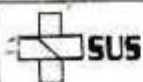
Reg. Definitivo....: 101170  
Numero do CNS.....: 705407473169094  
Nome.....: ANTONIO ARAUJO GOMES  
Documento.....: RG 109391                      Tipo :  
Data de Nascimento: 13/06/1961                      Idade: 58 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: ANTONIO QUIRINO GOMES  
Nome da Mae.....: MARIA EUNICE GOMES  
Endereco.....: BR 364 KM 52 RAMAL ESPINHARA KM 24  
Bairro.....:                                      Cep.: 00000-000  
Telefone.....: 999967756  
Município.....: 1200138 - - AC  
Nacionalidade.....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO  
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                      No. do BE: 2679472  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito.....: 999.0166  
Data da Internacao: 26/10/2019  
Hora da Internacao: 13:00  
Medico Solicitante: 082.300.187-31 - MARCUS CANAL BRAGA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
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



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



224

0.000

~~LEITO~~

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

18. teste tipo's provavelmente con-  
minuindo a CBS, acarretando em

Or am benth, h' em avo. =  
 20 125 x 14 mm 1/2 FCS 50m  
 10 502 521. 1/2 Grande Spinas de Oliveira  
 Cadeia de 100m  
 Tabela Interativa  
 COREN-AL-0534007  
 20.00 - 20.00

me 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 2681, 2682, 2683, 2684,

SAME / NUBR  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



digitado e impresso em: 27/10/2019 às 08:35:58

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LENTO

224

EVOLUÇÃO

## PRESCRIÇÃO

HODRARIO

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DOI: 26710719

5/2/5

#FIXADOR TRANSARTICULAR  
#FIXADOR TRANSARTICULAR E SVI  
#FIXADOR TRANSARTICULAR E SVI

2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12-2 HRS

### 3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO E/AST

4. TRAMAL 100MG - 100ML SFO.9% EV BISH SN

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO

6 TILATL ZOMG EV 2X/DIA  
No-

EF PERUSAO • NEUROLOGICO DO  
VIR PRESE-HVADOS.

P. MATHIASUS GERARD

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100  
101  
102  
103  
104  
105  
106  
107  
108  
109  
110  
111  
112  
113  
114  
115  
116  
117  
118  
119  
120  
121  
122  
123  
124  
125  
126  
127  
128  
129  
130  
131  
132  
133  
134  
135  
136  
137  
138  
139  
140  
141  
142  
143  
144  
145  
146  
147  
148  
149  
150  
151  
152  
153  
154  
155  
156  
157  
158  
159  
160  
161  
162  
163  
164  
165  
166  
167  
168  
169  
170  
171  
172  
173  
174  
175  
176  
177  
178  
179  
180  
181  
182  
183  
184  
185  
186  
187  
188  
189  
190  
191  
192  
193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225  
226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260  
261  
262  
263  
264  
265  
266  
267  
268  
269  
270  
271  
272  
273  
274  
275  
276  
277  
278  
279  
280  
281  
282  
283  
284  
285  
286  
287  
288  
289  
290  
291  
292  
293  
294  
295  
296  
297  
298  
299  
300  
301  
302  
303  
304  
305  
306  
307  
308  
309  
310  
311  
312  
313  
314  
315  
316  
317  
318  
319  
320  
321  
322  
323  
324  
325  
326  
327  
328  
329  
330  
331  
332  
333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366  
367  
368  
369  
370  
371  
372  
373  
374  
375  
376  
377  
378  
379  
380  
381  
382  
383  
384  
385  
386  
387  
388  
389  
390  
391  
392  
393  
394  
395  
396  
397  
398  
399  
400  
401  
402  
403  
404  
405  
406  
407  
408  
409  
410  
411  
412  
413  
414  
415  
416  
417  
418  
419  
420  
421  
422  
423  
424  
425  
426  
427  
428  
429  
430  
431  
432  
433  
434  
435  
436  
437  
438  
439  
440  
441  
442  
443  
444  
445  
446  
447  
448  
449  
450  
451  
452  
453  
454  
455  
456  
457  
458  
459  
460  
461  
462  
463  
464  
465  
466  
467  
468  
469  
470  
471  
472  
473  
474  
475  
476  
477  
478  
479  
480  
481  
482  
483  
484  
485  
486  
487  
488  
489  
490  
491  
492  
493  
494  
495  
496  
497  
498  
499  
500  
501  
502  
503  
504  
505  
506  
507  
508  
509  
510  
511  
512  
513  
514  
515  
516  
517  
518  
519  
520  
521  
522  
523  
524  
525  
526  
527  
528  
529  
530  
531  
532  
533  
534  
535  
536  
537  
538  
539  
540  
541  
542  
543  
544  
545  
546  
547  
548  
549  
550  
551  
552  
553  
554  
555  
556  
557  
558  
559  
560  
561  
562  
563  
564  
565  
566  
567  
568  
569  
570  
571  
572  
573  
574  
575  
576  
577  
578  
579  
580  
581  
582  
583  
584  
585  
586  
587  
588  
589  
590  
591  
592  
593  
594  
595  
596  
597  
598  
599  
600  
601  
602  
603  
604  
605  
606  
607  
608  
609  
610  
611  
612  
613  
614  
615  
616  
617  
618  
619  
620  
621  
622  
623  
624  
625  
626  
627  
628  
629  
630  
631  
632  
633  
634  
635  
636  
637  
638  
639  
640  
641  
642  
643  
644  
645  
646  
647  
648  
649  
650  
651  
652  
653  
654  
655  
656  
657  
658  
659  
660  
661  
662  
663  
664  
665  
666  
667  
668  
669  
670  
671  
672  
673  
674  
675  
676  
677  
678  
679  
680  
681  
682  
683  
684  
685  
686  
687  
688  
689  
690  
691  
692  
693  
694  
695  
696  
697  
698  
699  
700  
701  
702  
703  
704  
705  
706  
707  
708  
709  
710  
711  
712  
713  
714  
715  
716  
717  
718  
719  
720  
721  
722  
723  
724  
725  
726  
727  
728  
729  
730  
731  
732  
733  
734  
735  
736  
737  
738  
739  
740  
741  
742  
743  
744  
745  
746  
747  
748  
749  
750  
751  
752  
753  
754  
755  
756  
757  
758  
759  
760  
761  
762  
763  
764  
765  
766  
767  
768  
769  
770  
771  
772  
773  
774  
775  
776  
777  
778  
779  
780  
781  
782  
783  
784  
785  
786  
787  
788  
789  
790  
791  
792  
793  
794  
795  
796  
797  
798  
799  
800  
801  
802  
803  
804  
805  
806  
807  
808  
809  
810  
811  
812  
813  
814  
815  
816  
817  
818  
819  
820  
821  
822  
823  
824  
825  
826  
827  
828  
829  
830  
831  
832  
833  
834  
835  
836  
837  
838  
839  
840  
84

8. *silvius vialis*

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 399–406

2. **SUSTAINING DIANILIN** *100%*

1534

DEPT. NIMROD, 2014-2015

CHM-AC 2296

SAME / HUEBG

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

[illegible]





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

digitado e impresso em 28/10/2019 às 13:31:04



REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/10/19

EFX PLANALTO TIBIAL E SVI  
-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO NO MOMENTO

EF. PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO  
VIE RESERVADOS

DO AQUARDO EXATOS PRE OP

CONSTATADO VISITADOR NOTICIO  
VIA

1. DIETA LIVRE

SND

2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0.9% EV 6/6H SN

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

6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA

7. COLÁGENO GENAIS

8. SINAIS VITAIS

9. LUBRIFICAR DIA

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA

11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA

*Handwritten notes:*  
22  
16  
21  
24

*Handwritten notes:*  
das 10 as 13:00h ref  
Seque bolus iniciado  
veia dieta + medicação  
dieta presente realizado  
Paciente em 1m - Curativo  
Bom 083314 AC

Dr. Wesley Hoffmann de Souza  
PRM - Ortopedia e Traumatologia  
CRM - AC 2238

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 29/10/2019 às 13:54:09

HUEBB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/09/9

#FX PLANTIO TIBIAL E SVI  
-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO E NO MOMENTO

ET PERCUSÃO - NEUROLÓGICO DO  
VIE PRESERVADOS

EXAMENHO DE PNEUMOS

EXAMENHO DE VENTILADOR

TEMEIOKA

\* DIETA LIVRE 5ND

2 SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3 DIFERONA 1GR EV DILUIDO 66/H

4 TRAMAL 100MG - 100ML SF0,9% EV 66/H SN

5 PLASIL 10MG EV DILUIDO 98 HSN

6 TILATIL 20MG EV 2X/DIA

7 CUIDADOS GERAIS

8 SINAIS VITAIS

9 CURATIVO URGENTE

10 CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA

11 CLEXANE 40MG SC 1X DIA

10-22

10-10-22-22

10-10-22-22

10-22

10-22

10-22

10-22

10-22

10-22

Assinado por: *[Signature]*  
Fisioterapeuta  
CRM-AC 2226

SAME / HUEBB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Das 07:00h às 14:00h, paciente com  
queixa de dor no joelho, após o  
curativo em articulação, não queixar  
de dor no momento, sem febre, sem  
dores musculares, sem inchaço no  
local da cirurgia, de acordo com  
o exame físico.

Assinado por: *[Signature]*  
Enfermeiro  
CRM-AC 499.058





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

digitado e impresso em: 30/10/2019 às 13:46:35



REGISTRO

PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/10/19

REF. PLANTÃO TIBIAL E SVI  
FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO E NO MOMENTO

EM PERFUSÃO A NEUROLÓGICO DO  
VIE PRESERVADOS

CO AGUARDANDO ENFERMEIROS PRE OP

1. DIETA LIVRE 5449
2. SFC 0,9% 500ML EV CADA 12H/2 HRS 10/25
3. DIFERONAL 1GR EV DILUIDO 6/6H 10/16/25/24
4. TRAMAL 100MG - 100ML SFC 0,9% EV 6/6H SN
5. PLASIL 3MG EV DILUIDO 6/6H SN
6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10/25
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS
9. CURATIVO DIÁRIO 10/25
10. CEFTRIAXONA 1GR IV 2X/DIA 10/25
11. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA 10/25

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

- 07:00 - Abente 1016,  
seep, alfabul, comu-  
mucoso, lugem-  
zudo, orelha zudo  
lucativo, mede-  
scom. gei, lara  
suam: 1880 - 510



digitado e impresso em: 31/10/2019 às 14:46:10



PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

## CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

LEITO

EVOLUÇÃO

**PRESCRIÇÃO**

### HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DOI: 26710719

SMD

#FIX PLANTO TIBIAE SVI  
-FIXADOR TRANSARTICULAR

2 SF 0.0% 500ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 60/80/100/120/150/180/200/250/300/350/400/450/500/550/600/650/700/750/800/850/900/950/1000/1050/1100/1150/1200/1250/1300/1350/1400/1450/1500/1550/1600/1650/1700/1750/1800/1850/1900/1950/2000/2050/2100/2150/2200/2250/2300/2350/2400/2450/2500/2550/2600/2650/2700/2750/2800/2850/2900/2950/3000/3050/3100/3150/3200/3250/3300/3350/3400/3450/3500/3550/3600/3650/3700/3750/3800/3850/3900/3950/4000/4050/4100/4150/4200/4250/4300/4350/4400/4450/4500/4550/4600/4650/4700/4750/4800/4850/4900/4950/5000/5050/5100/5150/5200/5250/5300/5350/5400/5450/5500/5550/5600/5650/5700/5750/5800/5850/5900/5950/6000/6050/6100/6150/6200/6250/6300/6350/6400/6450/6500/6550/6600/6650/6700/6750/6800/6850/6900/6950/7000/7050/7100/7150/7200/7250/7300/7350/7400/7450/7500/7550/7600/7650/7700/7750/7800/7850/7900/7950/8000/8050/8100/8150/8200/8250/8300/8350/8400/8450/8500/8550/8600/8650/8700/8750/8800/8850/8900/8950/9000/9050/9100/9150/9200/9250/9300/9350/9400/9450/9500/9550/9600/9650/9700/9750/9800/9850/9900/9950/10000/10050/10100/10150/10200/10250/10300/10350/10400/10450/10500/10550/10600/10650/10700/10750/10800/10850/10900/10950/11000/11050/11100/11150/11200/11250/11300/11350/11400/11450/11500/11550/11600/11650/11700/11750/11800/11850/11900/11950/12000/12050/12100/12150/12200/12250/12300/12350/12400/12450/12500/12550/12600/12650/12700/12750/12800/12850/12900/12950/13000/13050/13100/13150/13200/13250/13300/13350/13400/13450/13500/13550/13600/13650/13700/13750/13800/13850/13900/13950/14000/14050/14100/14150/14200/14250/14300/14350/14400/14450/14500/14550/14600/14650/14700/14750/14800/14850/14900/14950/15000/15050/15100/15150/15200/15250/15300/15350/15400/15450/15500/15550/15600/15650/15700/15750/15800/15850/15900/15950/16000/16050/16100/16150/16200/16250/16300/16350/16400/16450/16500/16550/16600/16650/16700/16750/16800/16850/16900/16950/17000/17050/17100/17150/17200/17250/17300/17350/17400/17450/17500/17550/17600/17650/17700/17750/17800/17850/17900/17950/18000/18050/18100/18150/18200/18250/18300/18350/18400/18450/18500/18550/18600/18650/18700/18750/18800/18850/18900/18950/19000/19050/19100/19150/19200/19250/19300/19350/19400/19450/19500/19550/19600/19650/19700/19750/19800/19850/19900/19950/20000/20050/20100/20150/20200/20250/20300/20350/20400/20450/20500/20550/20600/20650/20700/20750/20800/20850/20900/20950/21000/21050/21100/21150/21200/21250/21300/21350/21400/21450/21500/21550/21600/21650/21700/21750/21800/21850/21900/21950/22000/22050/22100/22150/22200/22250/22300/22350/22400/22450/22500/22550/22600/22650/22700/22750/22800/22850/22900/22950/23000/23050/23100/23150/23200/23250/23300/23350/23400/23450/23500/23550/23600/23650/23700/23750/23800/23850/23900/23950/24000/24050/24100/24150/24200/24250/24300/24350/24400/24450/24500/24550/24600/24650/24700/24750/24800/24850/24900/24950/25000/25050/25100/25150/25200/25250/25300/25350/25400/25450/25500/25550/25600/25650/25700/25750/25800/25850/25900/25950/26000/26050/26100/26150/26200/26250/26300/26350/26400/26450/26500/26550/26600/26650/26700/26750/26800/26850/26900/26950/27000/27050/27100/27150/27200/27250/27300/27350/27400/27450/27500/27550/27600/27650/27700/27750/27800/27850/27900/27950/28000/28050/28100/28150/28200/28250/28300/28350/28400/28450/28500/28550/28600/28650/28700/28750/28800/28850/28900/28950/29000/29050/29100/29150/29200/29250/29300/29350/29400/29450/29500/29550/29600/29650/29700/29750/29800/29850/29900/29950/30000/30050/30100/30150/30200/30250/30300/30350/30400/30450/30500/30550/30600/30650/30700/30750/30800/30850/30900/30950/31000/31050/31100/31150/31200/31250/31300/31350/31400/31450/31500/31550/31600/31650/31700/31750/31800/31850/31900/31950/32000/32050/32100/32150/32200/32250/32300/32350/32400/32450/32500/32550/32600/32650/32700/32750/32800/32850/32900/32950/33000/33050/33100/33150/33200/33250/33300/33350/33400/33450/33500/33550/33600/33650/33700/33750/33800/33850/33900/33950/34000/34050/34100/34150/34200/34250/34300/34350/34400/34450/34500/34550/34600/34650/34700/34750/34800/34850/34900/34950/35000/35050/35100/35150/35200/35250/35300/35350/35400/35450/35500/35550/35600/35650/35700/35750/

PACIENTE COM QUEIJA DE LEVE DON-  
DE EM JOELHO E NO MOMENTO

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

EF PEREIRA - NEUROLOGICO DO  
VIE PRESERVA DOB

7. NUMEROS GERAS ✓

—C2: AROUND SWATH OF

## CONCLUSION

VERTACCSORIENTEDFOR WAREHO  
PIMENTA

CLEKANE 40W5 SC 1X DIA

PAID - CASH

SAME / HUERB  
CÓPIA

CONFIRM ORIGINAL

[illegible]





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

digitado e impresso em: 01/11/2019 às 16:10:18



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19			
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR			
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO			
EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS			
CD: AGUARDO EXAMES PRE OP			
VISITADOR/ORIENTADOR: ANTONIO ISS?			
1. DIETA LIVRE. <b>SND</b>			
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS			
3. DIFIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H			
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H <b>SND</b>			
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H <b>SND</b>			
6. TILATIL 20MG EV 2X DIA			
7. CUIDADOS GERAIS			
8. SINAIS VITAIS			
9. CURATIVO DIÁRIO			
10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA			
11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
<p>Paulo Marcelino S. Jr. PRM OncoPedia e Hematologia CRM 2211</p>			
<p>SAME / HUEB CÓPIA CONFIRME ORIGINAL</p>			





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

digitado e impresso em: 03/11/2019 às 14:10:00



HUERB  
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. <i>SN</i>		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/10/2019</i>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/10/2019</i>		
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 6/6H SN <i>10/10/2019</i>		
CD: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/10/2019</i>		
VISITADOR/ORIENTADOR: VINICIUS GRESSLER	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>10/10/2019</i>		
	7. CUIDADOS GERAIS <i>10/10/2019</i>		
	8. SINAIS VITAIS <i>10/10/2019</i>		
	9. CURATIVO DIARIO <i>10/10/2019</i>		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/10/2019</i>		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>10/10/2019</i>		
	<i>Prof. Dr. Manoel S. Jr.</i> <i>SBM Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRMAC 2217</i>		
	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL		



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

digitado e impresso em: 04/11/2019 às 17:47:25



HUEKB

REGISTRO PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

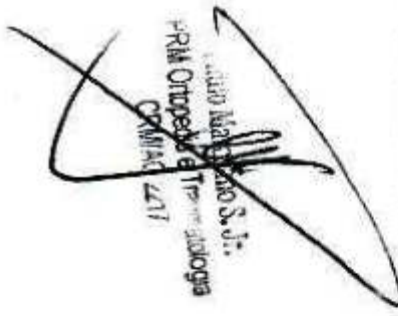
224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE: <b>SND</b> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <b>560 560</b> 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <b>10 16 22 24</b> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H <b>8h</b> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS <b>8h</b> 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <b>10</b> 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <b>10 16 22</b> 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <b>16</b>	<b>SAME / HUEKB</b> <b>CÓPIA</b> <b>CONFORME ORIGINAL</b>	
#FX PLANAL TO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR: DR VICKTOR RONEIDO	 Antonio Araujo Gomes S. Jr. CRM 0000000000 CRM 0000000000		



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

digitado e impresso em: 05/11/2019 às 14:13:02



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO


224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DE 26/10/19	1. DIETA LIVRE <b>SND</b>		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI - FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <b>NO 22</b>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO EM MOMENTO	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H <b>NO 22</b>		
EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRE SERVIDOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8 H SN <b>NO 22</b>		
CD. AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NRR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <b>NO 22</b>		
VISITADOR DR RAFAEL LUIZ FRANCISLEI	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <b>NO 22</b>		
	7. CUIDADOS GERAIS <b>NO 22</b>		
	8. SINAIS VITAIS <b>NO 22</b>		
	9. CURATIVO DIÁRIO <b>NO 22</b>		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <b>NO 22</b>		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <b>NO 22</b>		
	 Médico Titular do Setor de Ortopedia e Traumatologia CRM do Acre 2217		
	<b>SAME / HUERB</b> <b>CÓPIA</b> <b>CONFORME ORIGINAL</b>		
			<b>Do 04 às 19.30h</b> <b>Medigado de novo tempo</b> <b>sentido de novo, medigado</b> <b>tuado e foi medigado -</b> <b>univas P. 2000 de. de 2019.</b> <b>Urocampio 2000 17.10.2019</b>





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

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

De 26/10/19

#FX PLANALTO TIBIAL E SVI  
-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO E NO MOMENTO

EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO  
MIE PRESERVADOS

CD: AGUARDO EXAMES PRE OP  
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE  
CIRURGIA PELO NIR

VISITADOR DR MARCELO PIMENTA

1. DIETA LIVRE. **5M?**

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS **10/32**

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H **10/16 20/04**

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN

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

6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA **10/32**

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA **10/32**

11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA **10**

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

8:00h às 17:00h foi  
observado que no  
leito houve dor  
de cãibra, por isso foi  
administrado 10mg de  
paracetamol e 10mg de  
clonazepam.

Dr. Marcelo Pimenta  
Firmado em 26/10/19



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

digitado e impresso em: 10/11/2019 às 13:42:22



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

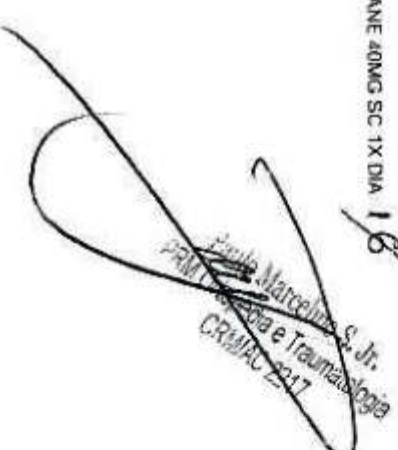
224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. SND		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS SOB 500		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22 24		
EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H 8N		
CO: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H 8N		
VISITADOR DR VINICIUS GRESSLER	6. TIATIL 20MG EV 2X/DIA 10 22		
	7. CUIDADOS GERAIS		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIÁRIO		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16		
	 Paulo Marcelino S. Jr. CRM 2017		
	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL		
			8. colu as 17:00h febre baixa febre no leite sem auxilio de febr vulvia febre no leite de causer + sempre quintalida. Realiz gado curativo no HJ. e usado alcool 70% no fralda, acionar febre clareador, da para pronta e. febre



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

digitado e impresso em: 11/11/2019 às 11:50:27



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

ANTONIO ARAUJO GOMES

58

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DE: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. <i>3x/d</i>	<p>SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>8:00 das 17:00h, paciente foi encaminhado para leito. Paciente recebeu de curar + sempre paciente. Paciente foi encaminhado para U.I., e usado álcool 70% no ferimento.</p> <p>Dr. Araújo 05.04.15h, recebeu paciente para ser rec. enf. - Elenor.</p>
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/11/19</i>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIFERON 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/11/19</i>		
EF. PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN <i>10/11/19</i>		
CD. AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/11/19</i>		
VISITADOR DR RODRIGO VICK	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>10/11/19</i>		
	7. CUIDADOS GERAIS		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIÁRIO		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/11/19</i>		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>10/11/19</i>		





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

digitado e impresso em: 12/11/2019 às 13:11:43



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. <u>SDN</u>		
#FX PLANTIO TIBIAL E SVI	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <u>16 22</u>		
-FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <u>16 18 22 24</u>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN		
EM JOELHO E NO MOMENTO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <u>16 22</u>		
EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <u>16 22</u>		
MIE PRESERVADOS	7. CUIDADOS GERAIS <u>✓</u>		
CD: AGUARDO EXAMES PRE OP	8. SINAIS VITAIS <u>✓</u>		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	9. CURATIVO DIÁRIO <u>✓</u>		
CIRURGIA PELO NIR	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <u>16 22</u>		
VISITADOR DR RAFAELUR	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <u>16</u>		
FRANCISLEI			

Paulo Henrique S. Jr.  
PPM, Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 2217

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

1800hrs. Paciente sem  
queixa, medicado  
conforme prescrição  
medica, a - queixa de  
dormir. Davidul.





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

digitado e impresso em: 14/11/2019 às 13:02:53



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. <b>SND</b>	10-22 10-16-22-04	De 13h19 Paciente VOTF, tratado no leito, acido eletrolítico, anorexia, insuportável, logeiras Prunha, hemorroida, ANV/MSD, 55VV. Tce 35,4
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS		PA: 150 x 110 FC: 60 SPO99%
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DILPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H		Ac. Yuni
EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN		Fabianna B. Martins ENFERMEIRA CORENMG 586.870
CD AGUARDAR EXAMES PRE OP AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN		
VISITADOR DR FRANCISLEI	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA		
	7. CUIDADOS GERAIS		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIÁRIO		
	10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA		

Dr. Antonio S. Jr.  
CRM 10.000 e 10.000  
CRM 10.000

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL







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

Digitado e impresso em: 17/11/2019 às 16:31:53

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DE 26/10/19

#FX PLANALTO TIBIAL E SVI  
-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO E NO MOVIMENTO

EF: PERFUSÃO - NEUROLÓGICO DO  
VIE PRESERVADOS

COM AGUARDAR EXAMES PRE OP  
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE  
CIRURGIA PELO NIR

PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO  
CIRÚRGICA POR ESPECIALISTA DE  
JOELHO DO HOSPITAL DAS  
CLÍNICAS EQUIPE DE QUINTA FERRA  
COM HORARIO CIRURGICO ATIVO  
CASOS PASSADO DESDE A  
INTERNAÇÃO MAS AINDA SEM  
RESOLUÇÃO

OS CASOS SÃO PASSADOS PARA  
EQUIPE CIRURGICA DE QUINTA FERRA  
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE LA  
REPRESENTANTE DA DIREÇÃO

ASSIM QUE CHEGAR  
DIREÇÃO A PARTE DE TODA  
SITUAÇÃO

VISITADOR DR ANTONIO LUIS

1. DIETA LIVRE. **SHS**

2. SF 0,9% SCOML EV CADA 12/12 HRS **0622**

3. DIFERONIA 1GR EV DILUIDO 6/6H **10463204**

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN

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

6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA **0222**

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIÁRIO

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA **0522**

11. CLEVANE 40MG SC 1X DIA **16**

*Dr. Antonio Luis*  
CRM: 2217

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

DAS. O QUEIXA AS 18:00H -  
PAR LOTE TONEL BATH.  
DE USINAS TROCADO DELOT  
DE CROMA + VESTES FEITO.  
EM TUBO. + MEDICINAS  
COM LOTE VET DE AC  
WILDEMA 705604  
15/11/2019 16:31:53  
Recibido em 15/11/2019  
3 - recibo no  
quadrante de  
ferramenta 20/11/2019





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

digitado e impresso em: 18/11/2019 às 12:26:35



HUEB  
Hospital de Urgência e Emergência

REGISTRO

PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. 50N		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10 16 22		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22		
EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN		
CD: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN		
	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 16 22		
	7. CUIDADOS GERAIS ✓		
	8. SINAIS VITAIS ✓		
	9. CURATIVO DIÁRIO ✓		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 16 22		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16		
PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRÚRGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORÁRIO CIRÚRGICO ATIVO. CASOS PASSADO DESDE A INTERNACAO, MAS AINDA SEM RESOLUCAO OS CASOS SAO PASSADOS PARA EQUIPE CIRURGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLINICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIRECAO, ASSIM QUE CHEGAM. DIRECAO A PARTE DE TODA SITUACAO			
VISITADOR DR RODRIGO VICK			

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

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

De 04 de 19. horas  
reabido chamo todo  
do serviço de trauma  
há medição e monitoria  
p. 224 e 224. 10. 16. 22.  
718.982.





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

digitado e impresso em: 19/11/2019 às 13:40:09



HUEBB  
Hospital de Urgência e Emergência do Estado do Acre

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE <i>SNB</i>		
#FX PLANTÃO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>50 22</i>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 666H <i>50 22 22 05</i>		
EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 666H SN		
CO: AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 666H SN		
PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRÚRGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORÁRIO CIRÚRGICO ATIVO.	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>(50) 22</i>		
CASOS PASSADO DESDE A INTERNAÇÃO, MAS AINDA SEM RESOLUÇÃO.	7. CUIDADOS GERAIS <i>Padrão</i>		
OS CASOS SÃO PASSADOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIREÇÃO, ASSIM QUE CHEGAM.	8. SINAIS VITAIS <i>Padrão</i>		
DIREÇÃO A PARTE DE TODA SITUAÇÃO	9. CURATIVO DIÁRIO <i>Padrão</i>		
VISITADOR: DR. RAFAEL / DR. FRANCISLEI	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>50 22</i>		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>56</i>		
	<i>Padro Marinho S. Jr.</i> <i>PRM Ortopedia Traumatologia</i> <i>CRM 2217</i>		
	<b>SAME / HUEBB</b> <b>CÓPIA</b> <b>CONFORME ORIGINAL</b>		
	<i>Atoda (bente) e...</i> <i>meio apêndice, na</i> <i>necessário. Sem</i> <i>queiras no momento</i> <i>de. Exame</i> <i>de. 20-11-19-</i> <i>Após 5:15 paciente</i> <i>segue - de no</i> <i>deito corno faz</i> <i>preto eferir por</i> <i>medicador e...</i>		



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

digitado e impresso em: 20/11/2019 às 18:43:12



HUEB

REGISTRO PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

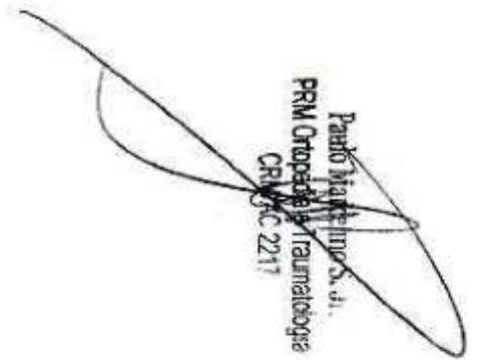
IDADE 58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR  PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO  EE: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS  CD: AGUARDADO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR  PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO CIRURGICA, POR ESPECIALISTA DE JOELHO DO HOSPITAL DAS CLINICAS/EQUIPE DE QUINTA FEIRA COM HORARIO CIRURGICO ATIVO. CASOS PASSADO DESDE A INTERNAÇÃO. MAS AINDA SEM RESOLUÇÃO. OS CASOS SAO PASSADOS PARA EQUIPE CIRURGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLINICAS. PELA REPRESENTANTE DA DIREÇÃO, ASSIM QUE CHEGAM. DIREÇÃO A PARTE DE TODA SITUAÇÃO	1. DIETA LIVRE. 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 66/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 66/H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA   Paulo Henrique S. Jr. PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 2217	SVB 500 1016 16 90  10 02.  10 26 16.  SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	As. 04.00145 - Pr. Soder. Traumatismo mecânico do com o 1º e 2º de Edi. 2000 200604.





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

digitado e impresso em: 25/11/2019 às 11:20:20



HUERB

REGISTRO

PACIENTE  
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE  
58

CLÍNICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19		
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO		
FIXADOR TRANSARTICULAR		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO		
EF. PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA		
VISITADOR: DR VICK/ DR RONEIDO		

1. DIETA LIVRE. 5 ND	
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS. 40 22	
3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 16 22 04	
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN	
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	
6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 22	
7. CUIDADOS GERAIS	
8. SINAIS VITAIS	
9. CURATIVO DIARIO	
10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22	
12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	
13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 16	

01/11/2019  
Eduardo Lima  
Enfermeiro  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Uso realizado de Placa  
uso Placa fixadora na  
Articulação

Maria Lúcia  
Técnica de Enfermagem  
CORE 140704AC





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

digitado e impresso em: 21/11/2019 às 12:05:07



REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE <b>SN</b> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS ✓ 8. SINAIS VITAIS ✓ 9. CURATIVO DIÁRIO ✓ 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA ✓ 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA ✓ 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA ✓	22 NT	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO				
-FIXADOR TRANSARTICULAR				
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO				
EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS				
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA				

Dra. Patrícia  
Fisioterapeuta  
CRMAC 11110



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

digitado e impresso em: 22/11/2019 às 11:49:52



HUERB

LEITO

224

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

REGISTRO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DE: 26/10/19	1. DIETA LIVRE, DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS	
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS	
-FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H	
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN	
EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/6H SN	
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA	
VISITADOR: DR. ANTONIO ISSE	7. CUIDADOS GERAIS	
PROBABILIDADE DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO	8. SINAIS VITAIS	
DEIXO DE DIETA ZERO E SUSPENDO CLEAXANE	9. CURATIVO DIÁRIO	
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA	
	12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	

10/11/2019  
Dr. Antonio Isse  
Médico Assistente  
Clínico

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

as 16:00 horas  
atual, em a  
ortótese, com  
cintura, luvas,  
avulso, e  
dita aparelho  
pelo SRS, e  
cões fisioterápicos  
prescritos, e  
refere-se a  
dos oficiais. Tm  
Ed. Granilley - do  
nem: 001.051.055







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

digitado e impresso em: 01/12/2019 às 10:16:07



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE 58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/10/19	1. DIETA LIVRE. <i>SNV</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12HRS <i>10-24</i> 3. DIFERONAL 500 MG VO 8/8 HRS <i>12-24</i> 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS <i>10-24</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS <i>10-24</i> 6. CUIDADOS GERAIS <i>Netto</i> 7. SINAIS VITAIS <i>Netto</i> 8. CURATIVO DIÁRIO <i>Netto</i> 9. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10-24</i> 10. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA <i>FSR</i> 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10-24</i>			
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO				
-FIXADOR TRANSARTICULAR				
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO				
EE: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS				
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA				
VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA				

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

plumt age  
bri, surprise, ead  
nematicative, sup  
em leite, pote cl  
tuo limpo, su  
oder. Jeita dieta  
operada. Sum algia

01-12-19 AS 06:00h  
Enquanto estava sem  
interconexão médica  
do EPR sobre as euas  
do do enfermeira  
Tuc Pedro com 25885

Uso Prescrito O. do Nascimento  
The Hospital  
CLINICA DE ATEND

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

- Plante oral  
bom, supressão, sedação  
comunicativa, repousa  
em leito, gesto cirúrgico  
tudo limpo, bem  
orden. dieta dieta  
especiosa. Sem alergia  
02-12-19 AS 06:00h  
Enviado para o  
interconexão médica  
do CHS sobre as evoluções  
do enfermeiro  
Tuc Pedro Costa 259955

Assinatura O. da Nogueira  
O. da Nogueira  
O. da Nogueira



digitado e impresso em: 02/12/2019 às 11:07:05



REGISTRO

PACIENTE

**ANTONIO ARAUJO GOMES**

IDADE

58

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA SOLICITO LABORATORIO VISITADOR: DR VICK	1. DIETA LIVRE. 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFIRONA 500 MG VO 8/8 HR 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	8:00hrs 7:00hrs paciente em repouso de acordo com o plano de cuidados + sempre disponível realizado cuidados com álcool 70%. 03/12/2019 - S: 10:00hrs - 10:00hrs O: 10:00hrs - 10:00hrs P: 10:00hrs - 10:00hrs C: 10:00hrs - 10:00hrs S: 10:00hrs - 10:00hrs











digitado e impresso em: 06/12/2019 às 12:19:14



REGISTRO

PACIENTE

**ANTONIO ARAUJO GOMES**

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

## EVOLUÇÃO

### PRESCRIÇÃO

### HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19

#FFX PLANAL TO TIBIAL ESQUERDO

-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR  
EM JOELHO E NO MOMENTO

EF - PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO  
MIE PRESERVADOS

AGUARDANDO AGENDAMENTO DE  
CIRURGIA

VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA

1. DIETA LIVRE. 5/47

2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10 2/2

3. DIPIRONA 1 GR EV 8/8 HR 1/1 2/2 2/2

4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS S/N

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 2/3 H SN

## 7. CUIDADOS GERAIS

### B. SIGNAIS VITAUX

9. CURATIVO DIARIO

## 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

13. CLEAXANE 40 MG SC 24/24 HRS

SAME / HUERB  
CÓPIA

CONFIRMED ORIGINAL

[illegible]




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

digitado e impresso em: 07/12/2019 às 13:25:52



HUEB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
ANTONIO ARAUJO GOMES		58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DE 26/10/19 #FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA DR. PAULO FERNANDO ORIENTA A RESPIRAR O FIXADOR VISITADOR: DR. PAULO FERNANDO	1. DIETA LIVRE. 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DÍPIRONA 1 GR EV 8/8 HR 4. TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100 ML EV 6/6 HRS SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS  		7.00 h. Pac. em repouso afetado por paralisia transversária da coluna. + curativo do membro SF 0,9% 1. Te. de oxigenação, coração 388/78/74.

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL





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

IDADE

CLINICA

## REGISTRO

ANTONIO ARAUJO GOMES

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

## EVOLUÇÃO

HUKARIU

DI: 26/10/19

#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

-FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO

EF. PERFUSAO • NEUROLÓGICO DO  
MUS. PRESERVADOS

AGUARDANDO AGENDAMENTO DE  
CL. JRGIA

RETIRO	O	FIXADOR	FOR
ORIENTACOES	DO	DR	PAULO

FERNANDO  
SOLICITO NOVO RX SEM TALA

VISITADOR: DR NELSON MARQUEZINI

1. DIETA LIVRE  
2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS.  
3. DIFIRONA 1 GR EV 8/8 HR  
4. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV 6/6 HRS SIN  
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS  
6. CUIDADOS GERAS  
7. SINAIS VITAIS  
8. CURATIVO DIARIO  
9. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA  
10. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS

Alta com Tutores  
do Dr Marcelo Pinheiro  
Frente  
com o h/d de  
Assessores  
Frente  
Frente

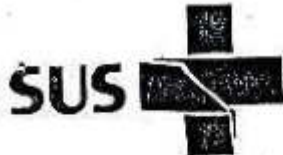
30/12/19

Dr. Pinheiro

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

[illegible]





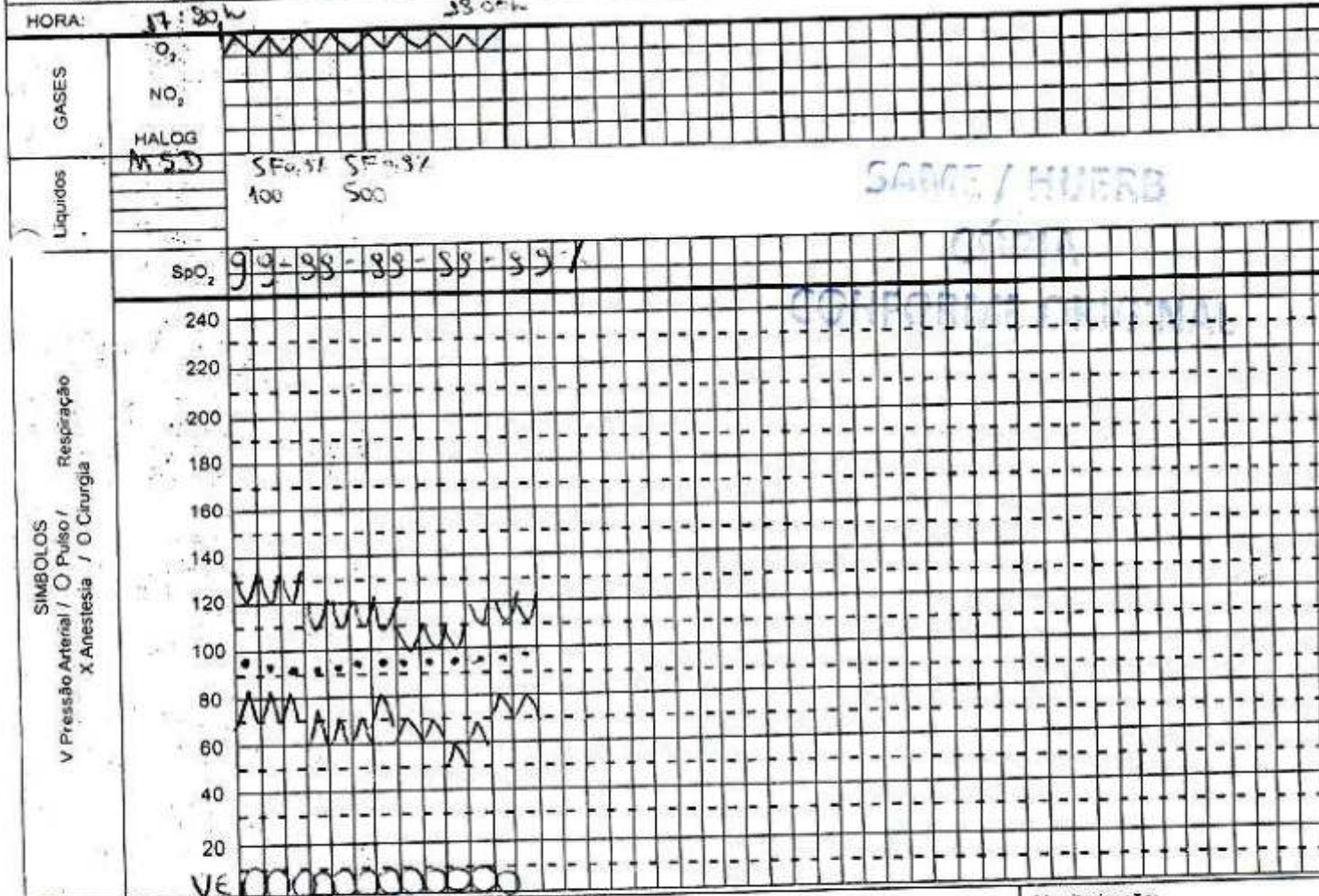
Governo do Estado do Acre  
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE  
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



# FICHA DE ANESTESIA

2679472

Paciente:	Antônio Araújo Gomes					Idade	58	Sexo	M	Cor		Registro / BE	
Sector proc:	<input type="checkbox"/> RSI	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI					
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O <sub>2</sub> (%)	99	Grupo Sgneo:	Fator Rh				
Ht	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP						
Diagnóstico Pré-Operatório:													
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite MV: + Complacência: +													
ACV: WCR 12-15 NFI S15 ECG: RSI normal Alegrias: +													
Ap. Digestivo/Dentes: - Pescoço: + Peças Dent:													
Ap. Urinário: - Drogas em Uso: -													
Estado Mental: KOTC ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Risco													
Anestésias Anteriores: - Hora: 17:20h Efeito:													
Medicação Pré-anestésica: -													
HORA: 17:20h 380h													



SARGE / HUERB

CONFIRMADO

1º	DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica: Anestesia	Monitorização: PA + EC + mpc
2º	Propofol	Cirurgia: Redução de fratura externa em	Ap. Resp:
3º	Le Propofol 12 mg, 1T	MIC	
4º	Le Morfina 50 mg, 1T	Cirurgião/Auxiliar: Uda + Morfina	Ap. CV:
5º			
6º	Amoxicilina 2g, 1V	OBS: Gêrula com	
7º	Uropirina 2g, 1V	intubação	
8º	Uropirina 6 mg, 1V	Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	
9º			
10º			

Ass. Dalva  
Data: 16/05/2023

224

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)  
 Requisicao: 19.PC.2.111105  
 Num. do BE: 02679472

Idade...: 58A  
 Requis.: 29/10/2019

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

Cons. Regional:

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

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):	3,56	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:	10,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:	30,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:	83,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	28,70	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:	34,30	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

## LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	10.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinofilos:	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	102	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Basoes:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Segmentados:	82	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	8.364	mm3	
Linfocitos:	12	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	1.224	mm3	
Monocitos:	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:	510	mm3	
Blastos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observacao:			

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIS

Alexandre Soares da Silva  
 Farmaceutico - Residencia  
 CRFAC 000

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 29/10/19 as 11:34 Coleta: 29/10/19 as 09:33-1a. Via Impressa: 29/10/19

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	2'	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:	8'	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	189.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 29/10/19 as 11:34 Coleta: 29/10/19 as 09:33-1a. Via Impressa: 29/10/19





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

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO COM ACP (American College of Physicians)

NOME: ANTONIO A. GOMES

IDADE: 58 ANOS

•	HAS	( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM	NÃO ( )
•	DIABETES	( ) SIM	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
•	ANGINA	( ) SIM	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
•	IAM PRÉVIO	( <input checked="" type="checkbox"/> ) SIM	NÃO ( )
•	AVE	( ) SIM	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
•	EAP	( ) SIM	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
•	DAC FAMILIAR	( ) SIM	NÃO ( <input checked="" type="checkbox"/> )

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 10.20 LEUCO: 10.203 UR: 420 CREA: 2.4 INR: Coag. normal

EXAME FÍSICO: AC: Ba 2 rnf s3 AP: Muc. s3

ECG: RS, 60 bpm, an.

RAIO X TÓRAX: cardiomegalia.

ECOCARDIOGRAMA: ( ) SIM ( ) NÃO

AO: AE: VE: SPTO: FE:

FAZ TRATAMENTO NO HC PI Icter (no acordo com câncer).

Adiuto Ecocardiograma e melhor avaliação da F. cardíaca

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP: ~~( ) BAIXO~~ ~~( ) MODERADO~~ ~~( ) ALTO~~

DR. RODRIGO GONÇALVES DE AZEVEDO  
CARDIOLOGIA  
CRM/AC: 1574

RBR/AC, 02/11/19.

Rodrigo Gonçalves de Azevedo  
Cardiologia  
CRM/AC: 1574



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Orto pedu LEITO Nº 224 A CLÍNICA Cardiologia

PACIENTE: Antonio Araujo G. dos

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão com fratura de planoalto tibial e com maloclos  
crânio. Sol Risco cirurgico

Dr. Wesley Hoffman S. da Silva  
PRM - Ortopedia e Traumatologia  
CRM - Acre

NOME DO SOLICITANTE:

DATA 31/10/19 HORA

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUEN

CÓPIA

CONFORTAR ORT

NOME DO MÉDICO:

DATA:

HORA:

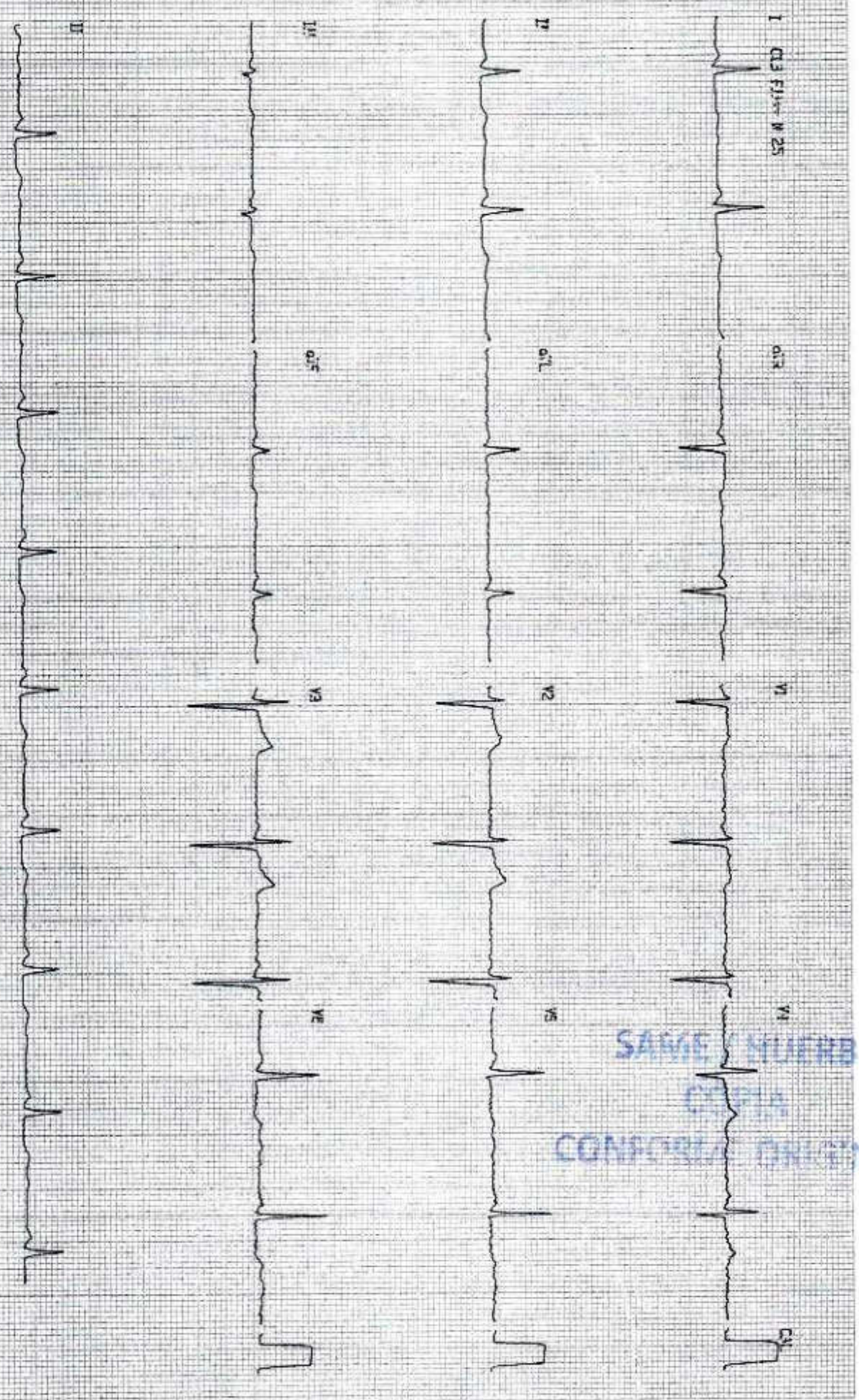


Antonio Araújo Gomes

58 anos

$\frac{17}{10}$   
 $\frac{19}{19}$

17.15h







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 *224* À CLÍNICA: *Cardiologia*

PACIENTE: *Antônio Araújo Reis*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente ♂ 58 anos  
com história de pleurito fibril  
soluções não a longo*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: *03/12/15* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFIRMAR ORIGINAL

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA: :

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)  
Requisicao: 19.PC.2.115173  
Num. do BE: 02679472

Idade.: 58A  
Requis.: 27/11/2019

US. Origem.: HUERB/PSCC  
S. icitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,15	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	37,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	88,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,20	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

## LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	186	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	57	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.534	mm3	
Linfocitos:.....	33	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.046	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	434	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

  
Rosemary M. Rivas  
Biomédica  
CRM 4.272

SAME / HUERB  
CÓPIA

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	04 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	07 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	191.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JANDELI SANTOS DE ARAUJO 27/11/19 as 08:35 Coleta: 27/11/19 as 06:02-1a. Via Impressa: 27/11/19



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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: ANTONIO ARAUJO GOMES

ID paciente:

ID amost: 6

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2115173

Tipo de amostra: Soro

Sr

Data da coleta: 27/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	91	mg/dL		
URE	56	mg/dL		
CRE	1.6	mg/dL		
Na	143	mmol/L		
K	5.0	mmol/L		
CL	106	mmol/L		
ACI	5.9	mg/dL		

D: Hora solicitação: 27/11/2019

Data/Hora teste: 27/11/2019

Data/Hora Impr.: 27/11/2019 08:41:28

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luis Edgar RIVEROS  
Biotécnico  
CRQM - 4 N. 249

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: ANTONIO ARAUJO GOMES (EME)  
Requisicao: 19.PC.2.113842  
Num. do BE: 02679472

Idade.: 58A  
Requis.: 18/11/201

US. Origem.: HUERB/PSCCB  
S. icitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,07	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	88,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

## LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	207	mm3	
Nielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Ve Absoluto:.....	0	mm3	
Metanielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.830	mm3	
Linfocitos:.....	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.518	mm3	
Monocitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	345	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

## COAGULOGRAMA

### Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	1 minuto e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:...	6 minutos e 30 segundos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	259.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 as 10:04 Coleta: 18/11/19 as 01:19-1a. Via Impressa: 18/11/19

SAME / HUERB  
COPIA

CONFIRMAR ORIGINAL

Jardeli Santos de Araujo  
Biomédico  
CRM 265



224

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

**Novo Sine** 

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

name	last name	Registration Code
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UN
	Sinclair	00000000

Rx joelbw (F) AP / perf  
Sent file.

Use Diagnosis as

0.50

ASSINATURA DO PROFESSIONISTA RESPONSÁVEL

W. CONSELHO

SAME / NUERO  
CÓPIA  
FORMA ONE

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 1989

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

PATIENTE
Antonio Campobasso
Socio <input type="checkbox"/> PIA _____ <input type="checkbox"/> PM _____ <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMG <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UVI

☐ Rate X \_\_\_\_\_  
☐ \_\_\_\_\_  
☐ \_\_\_\_\_

☐ USC  
☐ UCG  
Ecclesiastical

Cause — Rx Joel Wm E Ar / perf

Morbidity

Rx Bear Ar

Hospital Registrar

## Index

Assinatura do Profissional com Carimbo

M<sup>re</sup> CONSEIL MO

**Leads:**

0000-0001-9000-0000

opt.



HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: ANTONIO ARAUJO GOMES

ID paciente:

ID amost: 31

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113842

Tipo de amostra: Soro

S

Data da coleta: 18/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	129	mg/dL		
URE	63	mg/dL		
CRE	1.8	mg/dL		
Na	135	mmol/L		
K	5.4	mmol/L		
CL	103	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 18/11/2019

Data/Hora teste: 18/11/2019

Data/Hora impr.: 18/11/2019 09:41:04

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luís Edgardo Rivera  
CPM - 4 N.º 244  
Biomédico

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

# HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO

## LAUDO DE ECOCARDIOGRAMA

PACIENTE: Antônio Araújo Gomes IDADE: 58 anos  
DATA NASC: 13/06/61 LEITO: 224  
DATA: 07/11/2019 MÉDICO SOLICITANTE: Rodrigo Gonçalves

PESO : \_\_\_ Kg / ALT : \_\_\_ cm / FC : \_\_\_ bpm / RITMO : \_\_\_

### Medidas:

- AORTA: 36 mm
- ATRIO ESQUERDO: 38 mm
- ATRIO DIREITO: \_\_\_
- VENTRICULO DIREITO: 16 mm
- SEPTO: \_\_\_ mm / Parede Posterior: \_\_\_ mm
- VENTRICULO ESQUERDO: DDVE: 43 mm x DSV: 30 mm / FE 61 %

### VALVAS:

MITRAL : normal  
TRICUSPIDE: normal  
AORTICA : normal  
PULMONAR: normal

Contração segmentar do VE: Presença em septo.

Câmaras cardíacas: normais  
Espessuras Parietais: normais  
Função diastólica: Difusa tipo 2  
Função sistólica: preservada

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de \_\_\_ realização e qualidade técnica.

PERICARDIO: normal

OBSERVAÇÃO: \_\_\_

### DIAGNÓSTICO:

- Função global e regional do VE preservada
- Difusão diastólica tipo 2
- Repositores leve no V. ventricular
- Esparso leve no V. Aórtica no septo

Eduardo Vasconcelos Passos  
Cardiologia/Ecocardiografia  
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos  
Cardiologia/Ecocardiografia  
CRM - AC 1691



10/12/19  
Joni

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
RELATÓRIO DE ALTA

NOME: Antônio Pinheiro Sousa

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

DR: Marcelo Pinheiro

DT: 20/12/19 DC: 1

DIAGNÓSTICO: fratura plavetto hum (E)

CONDUTA: fixa do traço articular

CUIDADOS GERAIS:

- ☒ COMPARECER AO AMBULATÓRIO, NA FUNDHACRE COM RXs EM MÃOS
- ☐ FAZER CURATIVO DIARIAMENTE
- ☐ USAR TALA ☐ USAR GESSO ☐ USAR TIPÓIA
- ☒ NÃO PISAR 02 semanas
- ☐ FAZER USO DAS MEDIÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO
- ☐ MOVIMENTAR ARTICULAÇÕES, EXCETO:
- ☐ RETIRAR PONTOS EM 15 DIAS, SE FERIDA LIMPA E SECA
- ☐ Movimentar joelho 10º a 90º

AGENDAMENTO

☒ PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☐ FUNDHACRE

RIO BRANCO-AC 10/12/19

*[Handwritten signature]*





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC Nº 014399066993  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 00802008585 2019

JOSE BEZERRA FELIX

AC

037.640.012-91 M204004

902JC30103R183315

PAS/MOTOCICLO/NAO ALICIA  
HUNDA/CG 125 TITAN KS  
2P/0124CC/

VERDE

1 x PAGO\*  
P \*\*\*\*\*  
V \*\*\*\*\*  
A \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFFARIO R\$0.32 R\$84.58 10/06/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO \* BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO - AC 12/06/2019

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014399066993 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2019 12/06/2019

01 037.640.012-91 M204004

00802008585 HUNDA/CG 125 TITAN KS

902JC30103R183315

PREMIO TARIFFARIO  
R\$36.05 R\$4.01 R\$40.06

R\$4.15 R\$0.32 R\$84.58

10/06/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.240.800/0001-03

014399066993

12/06/2019

R204004

014399066993

00802008585

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005350/20

**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES

**CPF:** 183.044.002-00

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 26/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO ARAUJO GOMES : 183.044.002-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES  
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAIRLA LIMA DE SOUZA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005350/20

**Número do Sinistro:** 3200005916

**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES

**CPF:** 183.044.002-00

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 26/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020  
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES  
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020  
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA  
CPF: 025.424.522-61

MAIRLA LIMA DE SOUZA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200005916 **Cidade:** Bujari **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES **Data do acidente:** 26/10/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. P3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). P16, 65 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005350/20

**Vítima:** ANTONIO ARAUJO GOMES

**CPF:** 183.044.002-00

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 26/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO ARAUJO GOMES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ANTONIO ARAUJO GOMES : 183.044.002-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: ANTONIO ARAUJO GOMES  
CPF: 183.044.002-00

ANTONIO ARAUJO GOMES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAIRLA LIMA DE SOUZA