



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07088612920208010001
Classe do Processo:	Contestação
Data/Hora:	04/02/2021 08:25:40

Partes

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

Documentos

Petição:	2783145_CONTESTACAO_0 1 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 1-27.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-1 - 28-42.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 1-22.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 23-39.pdf
Anexo - Petição:	2783145_CONTESTACAO_A nexo_02-2 - 40-42.pdf

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



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07088612920208010001

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

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

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **26/10/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **22/01/2020**.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

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

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

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

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

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

DO MÉRITO

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

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

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

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

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

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

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

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

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

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

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

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

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

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

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

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

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

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

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

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **26/10/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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

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

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

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

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

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

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

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

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

⁸ art.

1º

(...)

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 3 de fevereiro de 2021.

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

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

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **HALISSON FRANCISCO TORRES MERCES** inscrito no OAB/RR sob nº 1387 **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO ARAUJO GOMES**, em curso perante a **5ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07088612920208010001.

Rio de Janeiro, 3 de fevereiro de 2021.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

CARTA DE PREPOSTO

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, nomeia e constitui como PREPOSTOS(as) **Helen Caroline Homero Lobato**, inscrita no CPF 026.583.422-84, **Rafael Silva Nunes**, inscrita CPF sob nº 980.785.722-49, **Dauana de Freitas**, inscrita no CPF sob nº 555.216.222-65, **Thiago Maia Viana**, inscrito no CPF sob nº 015.840.422-41, **Gioval Luiz de Farias Júnior**, inscrito no CPF sob nº 947.976.092-49, **Tainan da Silva Mendes**, inscrita no CPF sob nº 017.895.762-37 e **Evandro Damaceno Stolaric**, inscrito no CPF sob nº 713.190.342-68, podendo os mesmos responderem nesta qualidade a todos os termos do Processo n. **07088612920208010001**, que tramita **5ª** VARA CÍVEL da comarca de **RIO BRANCO/AC**.

Rio de Janeiro, 3 de fevereiro de 2021.



Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat S.A.

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.

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: 283 044 002 00 3 - CPF da vítima: 283.044.002-00 4 - Nome completo da vítima: Antônio Augusto Gomes

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

5 - Nome completo: Antônio Augusto Gomes 6 - CPF: 283.044.002-00
7 - Profissão: 8 - Endereço: R.M. - São Sebastião (Rural) Br 364 Km 24,23 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 168 99972-8389

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3424 013 CONTA: 00016315 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo 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 contestar, 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 (vairasos)? ☐ 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: Rua Bragança, 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: dpbjui.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

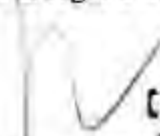
Referência: RAMAL ESPINHARA KM 24, BUJARI-AC.

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

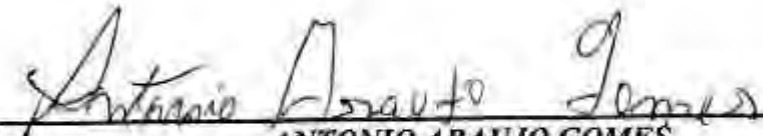
ANTONIO ARAUJO GOMES (58); RG: 109391 SSP/AC ; CPF: 183.044.002-00
PREJUDICADO; Data de nascimento: 13/06/1961; Filiação: ANTONIO QUIRINO GOMES E
MARIA EUNICE GOMES, End: BR 364, KM 54, RAMAL DO ESPINHARA 2, BUJARI-
AC; Fone: (68) 9-99728389.

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) 99972-8369 (Celular)

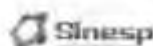
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: honda cg 125 titan ks	Placa: mzo-4004
Renavam: 00802008586	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 Notícia 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


Antonio Araujo Gomes
(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) principal responsável pelas informações acima assentadas e itens que podem responder civil e criminalmente pela presente declaração que sou isento, conforme previsto nos Artigos 336-Delusãoção Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.


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: 283 044 002 00 3 - CPF da vítima: 283 044 002 00 4 - Nome completo da vítima: Antônio Augusto Gomes

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

5 - Nome completo: Antônio Augusto Gomes 6 - CPF: 283.044.002.00
7 - Profissão: 8 - Endereço: R.M. Sombria (Rural) Br 364 Km 24,23 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 168 99972-8389

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3424 013 CONTA: 00016315 3 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 contestar, 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 (vairasos)? ☐ 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: Rua Bragança, 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:

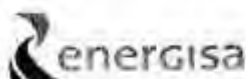
CLIENTE: ANTONIO ARAUJO GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03424

CONTA: 000000006115-3

Nr. da Autenticação C66F6788C02A2718



Para contato
com a Energisa,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0212745-8

Endereço: Rua...
Cidade: ...
UF: ...
CEP: ...

006199614
Tabela de Tarifas...
Data de Vigência...

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

ANTONIO ARAUJO GOMES
RM - ESPINHARA (RURAL) 23101 BR 304 KM 24 BUJARI (RURAL)
CPF: 00018304400200
CER: 00.026.000 BUJARI

CONSUMO (kWh)	DATA DA LEITURA
6178	07/11/2019
6178	08/10/2019
Consumo de medição, kWh	06/12/2019
Consumo Fictício	05/11/2019
Consumo Total	23/11/2019

Tarifa de Distribuição: MINIMO Código de Regulação: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Endereço	Logradouro	Número	CEP	Código
RURAL	MONO	7115283	4.1.2.1	21

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
OUT/19 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,456198 = 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 DE DISTRIBUIÇÃO	
0,456198	

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 de pagamento desta unidade também é incluído no nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda que a unidade consumidora não possui valor de R\$ 1.000,00 (valor histórico) e não possui valor de R\$ 1.000,00 (valor histórico) e não possui valor de R\$ 1.000,00 (valor histórico).

RESERVA LIGADO NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (WWW.EXARNET.EB.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM MAIS PRÓXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVAÇÃO FISCO 34FB.71D0.FCSD.664E.098C.E91E.A3EA.69C3

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	4,95	Base de Cálculo	
Energia	6,40	Imposto de Renda	
Consumo Fictício	0,14	Valor de R\$	
Consumo Total	1,71	Valor de R\$	0,72%
Consumo Total	0,54	Valor de R\$	3,32%

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DI	FE	DMC	DICI			
	Mês	Trimestre	Anual	Mês	Trimestre	Anual	Mês
Unidade	32,92			7,00			14,59
Reserva	13,43	20,86	58,73	6,98	13,46	27,72	6,72
Reserva	TANGARA						
Reserva	23.403,73	03.2017/08	00.009				

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...: -
L. 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.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
ACIDENTE TRAZIDO POR "AMBULANCIA COMUM", SEM CINTA DE SEGURANÇA
NÃO IMOBILIZADO. QUEIXA DE MIE, NÉCROSE, DOR DE CABAÇA, DOR DE COSTAS
(A) LAD, ORVIA, MUELA (2) MUELA TRAT STUA (C) DOR DE CABAÇA, ABD FORTI 2 DOR
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
NÃO ESTÁ E FORTI (D) 015 PM 57 FACILITE (E) E TAMA TRAZIDO POR
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: DD LG 7142MM CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
(1) DI DINODIA 1g + TRATIZ 20g + AD (EV) > 12:40'
(2) SOL. DE TRAMA, MIE
Jejum + ao 4 horas

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 procedimento cirúrgico pela Ortopedia					COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA						GABRIELA SILVA CORENAC 433.271 Enfermeira	
DISCRIMINADOR						Peso:	
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%
	ESCALA DE DOR					Pulso:	bpm
	 () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 4 () 3 () 2 () 1					Glicemia:	mg/dL
					Glasgow: Alterado ()		Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos					() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:	
RECLASSIFICAÇÃO							

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As _____:

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFERIR ORIGINAL

Mungô que 3/10/19 13:40

Paciente portador de asma
Rx toxa + start.

Rx preleto p/ trauma + Rx de

EF MIPHA 500mg Adrenalina 1mg

Dr. Thales Raimoni F. Chassagnon
Cirurgião Geral
CRM 23040

Ad. - alta do Curto giro
- Anal. ortopédico

Às 13:30h. encaminhado à ortop. de maca, acordado
preço e ultrassom. Ex. telefônico 388.273 UERB A.
Fio um paciente encaminhado ao CC para proclamação.
Receber para o mesmo.

Fisioterapia

No momento não
pode fazer transferência
de peso. Põe a mão no leito
e/ou motoras
Química

SADME / HUERS
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



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ANTONIO ARAUJO GOMES	58	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - 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 ADELHO E NO MOMENTO EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO 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. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/10 22 04</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H 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>		<i>por observação e exames paciente regularizado de exames exames de de exames + exames de Exames de exames com não está com Willem 205604 27/11/2019 S. 30 - paciente bem paciente bem paciente bem paciente bem paciente bem</i>

SALVE / HUERB
CONFÉRM. ORIGINAL

F. Araujo

Fisioterapia

nas realizadas
Quirino
#4928

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIENT



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

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



HUEBR

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 SND		
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 16 22		
-FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 16 16 22 22		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN		
EM JOELHO E NO MOMENTO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN		
EFL PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 19 22		
MIE PRESERVADOS	7. CUIDADOS GERAIS ✓		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	8. SINAIS VITAIS ✓		
CIRURGIA	9. CURATIVO DIÁRIO ✓		
SOLICITO LABORATORIO	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 16 22		
VISITADOR DR FRANCISLEI	12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 16		
	13. DEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 16		

SERVIÇO DE HUEBR
COM
COORDENADORIA

17.06.2020
banho - evacuação 1x
arroz - feijão - ovos
alimento e não
tem dor

Dr. Antonio Araujo

Visuoterapia

Conduta individual
para a conduta p. p. p.
no momento de inter-
pretação da mobilidade
forçada.

Quarta

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PACIENTE

ANTÔNIO ARAÚJO GOMES

IDADE

CLÍNICA

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 + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE <u>S/D</u> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12H12 HRS <u>10</u> <u>12</u> 3. DIFERON 1GR EV DILUIDO 6/6H <u>10</u> <u>16</u> <u>22</u> <u>01</u> 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 <u>10</u> <u>22</u> <u>N</u> 7. CUIDADOS GERAIS <u>-</u> 8. SINAIS VITAIS <u>-</u> 9. CURATIVO DIÁRIO <u>-</u> 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <u>10</u> <u>22</u> 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA <u>-</u> 13. CLEXANE 40 MG SC 2X/24 HRS <u>16</u> 8	SÁBADO CONF. DIÁRIA	Pac Tarcia, baixo de as perna com auxílio + troca de curativo ele saiu 16:00h, pac não sofreu queixas, até dia oferecida para pós-fisio lógicas normais 24/11/19 - 3. Tabela Pac Ultrassom Preferências Pac Haroldo S. P. Almeida Téc. em Enfermagem COREN 240784 AC

Arise tetrapia

trinitropio
Pte stovo no bito-
sl quixas.
Ad montida

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMAR 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



HUEPB

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	1. DIETA LIVRE. <u>5N5</u>		
#FX PLANALTO TIBIAL ESQUERDO	2. SF 0.5% 500ML EV CADA 12/12 HRS <u>10:00</u>		
-FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1 GR EV 8/8 HR <u>14:00</u>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR	4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS <u>18:00</u>		
EM JOELHO E NO MOMENTO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <u>22:04</u>		
EF: PERUSAO + NEUROLÓGICO DO	7. CUIDADOS GERAIS		
MIE PRESERVADOS	8. SINAIS VITAIS		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	9. CURATIVO DIÁRIO		
CIRURGIA	12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA		
VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <u>16:00</u>		

SALVE / HUEPB
CONFIDENTIAL

Dos 04 os 19h30m
medicado. Paciente no
leito e também torrado
dentro do tempo de
curado, sinais físicos
de. Paciente com 7,88

Vinduapio
Studimento Rodriguez

Barbours Line
1915647

SAME / HUEB
CÓPIA
COMO EL 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 586022
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
 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 João AUXILIAR(ES) mauricio
 ANESTESISTA Alcides Danilo INSTRUMENTADOR Eliza
 CIRCULANTE Andréia ENF Quimede

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 5mm	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70% 30ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 27-3mm	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 6mm
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 4 30un
L IRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20cm - F	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 20un	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 80ml
PAVULON	ELETRODOS 8un	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	SÉRINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO m 050 - 2un	SÉRINGA DE 3 ML 1un
SORO RINGER LACTATO	FRALDA 1un	SÉRINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SÉRINGA DE 10 ML 1un
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SÉRINGA 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: 825695 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T
 350 - ESTERIL
 Val: 08/2019 Val: 08/2024
 Registro Anvisa Nº 80083458031
 Material ACO INOX/ALUMÍNIO

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

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

RELATORIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: ARILDO MARCO BOMES

IDADE: 58 anos

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura do osso do bím (Schwarz VI)

CIRURGIA PROPOSTA: Redução da fratura e colocação de fixador intramedular em joelho esquerdo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: A mesma

DATA: 26/10/19

CIRURGIÃO: Dr. Sisse Euler

1º AUXILIAR: Dr. Marlon

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA: Dr. Hugo Guss

ANESTESIA: Intubação

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☒ NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

SAME / MUERA

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☒ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1) Fixação em IM 5x4 intramedular

② ASSAIO ① ANTISSEPTO ③ LANCES REINOS
CASH?

③ LANCES DE FIBRA BOANO MASSICUM
BOANO ② COM 2 LINHAS DE SUTURA NO
FEMUR E 2 EM TUBO PARA INTERLOCUTORES
DO BOM E INTERLOCUTORES.

④ COMPLETAMENTE SEM OX.

⑤ PROBABILMENTE / INTERLOCUTORES

⑥ A ENTENHA E / ANIMAS AMBIA
JOANO E SEMILANO.

26/10/19

18:00

SABOR!

SAME / HUES
COP
CONFORTAL



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 CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO

- 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

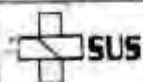
Reg. Definitivo....: 101170
Numero do CNS.....: 705407473169094
Nome.....: ANTONIO ARAUJO GOMES
Documento.....: RG 109391 Tipo :
Data de Nascimento: 13/06/1961 Idade: 58 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO QUIRINO GOMES
Nome da Mae.....: MARIA EUNICE GOMES
Endereco.....: BR 364 KM 52 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

3 - CNES

Identificação do Paciente

4 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ/EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Unidade:

NOME:

IDADE:

56 anos

REGISTRO:

ENFERMARIA:

CEB

LEITO:

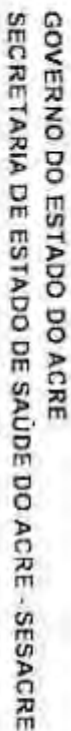
108

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

SAME / MIERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

[Handwritten signature]
Assessoria Jurídica
Secretaria de Estado de Saúde

na CEB, apresentando
sintomas, dor na
região, por isso
te do do
na CEB, apresentando
sintomas, dor na
região, por isso
te do do



PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HODRAZID

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

LEITO 224

DOI: 2617.D/7.9

1. DIETA LIVRE 5 (N)

#X PLANA T O TIBIAL E SVI
#IXADOR TRANSARTICULAR

2. SF 2.9% 500ML EV CADA 12-2 HRS

3. DIPYRONA 1GR EV DILUIDO E/5H

4. TRAMAL 100MG - 100ML 5% 0.9% EV BUSH SN

PACIENTE COM QUEIXA DE LEEVE DOR EM JOELHO ENO MOMENTO

6 TITL 20MG EV 2N/3-A
40-

IF ORENTUSAG + NEUROLOGICO DO
UTR TRIS + HVACOS

Y. KAWABATA, G. GERRIS
Netherlands

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

Notary

© 2004 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 255: 105–112

2. COMPLIANCE History

150

ELETTRADONA® 33.33% DIA

CPM-AC 2286

SAME / HUEB

COP(Δ)

CONFORME ORIGINAL

27/20/2019

[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 - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 28/10/19

FIX PLANTÃO TIBIAL E SVI
FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR
EM JOELHO E NO VENTRO

EM REFUZO + NEUROLÓGICO DO
MEMBRAS EMBALADOS

2. AQUAROS EM VENTRO

3. CONTATO DE VISITA COM O DOENTE
VIA

1. DIETA LIVRE SND

2. SF 2.9% 50ML EV CADA 12/12 HRS

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO E/6H

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

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

6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA

7. CORTICÓIDES

8. SINAIS VITAIS

9. LACTA 100ML/DIA

10. CEFTRIAXONA 1GR IV 2X/DIA

11. CLEXANE 60MG SC 1X/DIA

Dr. Welington M. de Souza
PRM - Clínica de Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2258

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Das 10 as 13:00h, ref.
Seu pai, um indivíduo
de idade avançada + medicação
deveria ser realizado
exame de RM - Coluna
Lombos L5/S1 e AC



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

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

INDEX

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

51-261-27-9

• DIETARY SUPPLEMENT

#FIX PLANTAR TIBIAL ES
#FIXADOR TRANSARTICULAR

2 SF 3.9% 500ML EV CADA 12/2 HRS

3 DIFENONA 1GR EV DILUIDO EM: *10-10*

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO

5. PLASIL 73MG EV DILUIDO 88 HSN

DEPT. DEPS. 25844 + NEUROLOGICA DO
MTE. SERRA - C.A. 2145.

7. LUDWIGS BECK **return**

8. Signals VITALS *McClure*

5. CONCLUSIONS

-3 CEFTRIAXONE 1.5 g IV 2x 12

SLEKANE 40MG SC 1X DIL

Q111-167226

SAME / HUEB

COPY

CONFORME ORIGINALE

[illegible]



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

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

11/11/2019

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

#EX PLANTIO TIBIAL E SVI
FIXADOR TRANSARTICULAR

PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR
EM JOELHO E NO MOMENTO

EM AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA DO
MEMBRO INFERIOR

EM AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

1. DIETA LIVRE 5449
2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12H2 HRS 10/26/19
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO EM H₂O 10/26/19
4. TRAMAL 100MG - 100ML SF 0,9% EV 6H H SN
5. PLASIL 3MG EV DILUIDO EM H₂O 10/26/19
6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10/26/19
7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITAIS
9. CUIDADO DIÁRIO
10. CEFTRIAXONA 1GR IV 2X/DIA 10/26/19
11. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA 10/26/19

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

- 07:00 - Abente 1016,
seep, alfabul, comu-
mucoso, lugem-
zudo, orelha zudo
lucativo, mede-
spon. gei, laca-
sua: 1880 - 510



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

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



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 EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDO EXAMES PRE OP VISITADOR/ORIENTADOR: ANTONIO ISS?	1. DIETA LIVRE. SAU D 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 500x 3. DIFIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 16 22 04 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X DIA 16 22 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 16 22 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 Paulo Marcelino S. Jr. CRM 2211	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	
---	--	---	--



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

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



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. <i>OK</i>		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/22</i>		
	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <i>10/16 22/04</i>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN <i>10/16 22/04</i>		
EF: PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN <i>10/22</i>		
	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>10/22</i>		
	7. CUIDADOS GERAIS <i>10/22</i>		
	8. SINAIS VITAIS <i>10/22</i>		
CD: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	9. CURATIVO DIÁRIO <i>10/22</i>		
CIRURGIA PELO NIR	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA <i>10/22</i>		
VISITADOR/ORIENTADOR: VINICIUS GRESSLER	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>10/22</i>		
	<i>Plácido Maximiliano S. Jr.</i> <i>CRM 2217</i>		
	SAME / HUERO CÓPIA CONFORME ORIENTAÇÃO		



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

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



REGISTRO

IDADE

CLÍNICA

LEITO

PACIENTE
ANTONIO ARAUJO GOMES

58

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

Antonio Araujo Gomes
CRM 22.117



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



PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

[illegible]



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



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 EF. PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS CD: AGUARDAR 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. DIFIRONA 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 16 32 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 16 32 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16  Dr. Marcelo Pimenta CRM 1711		SAME / NUERB CÓPIA CONFIRMAR ORIGINAL 8.00 às 17.00h. Paciente chegou bem, no leito, ferida de de cura e sem dor, paciente afavorável e bem. Dr. Pimenta



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

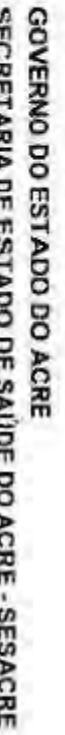
REGISTRO PACIENTE
ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE
58

CLÍNICA
CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO
224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 26/10/19 #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: AGUARDU EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR VISITADOR DR VINICIUS GRESSLER	1. DIETA LIVRE SND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 500 500 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 100 100 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H 50 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H 50 6. TIATIL 20MG EV 2X/DIA 10 10 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 10 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10 Paulo Marcelino S. Jr. CRM/AC 2017	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	8. colina as 17:00h feridas limpas, feridas no local sem secreção, de ferida na linha ferida limpa de coar e sempre paralela. Realiz gado curativo no M.I. e lavado alcool 70%. se fixar, evitar falta de oxigenação, para garantir a perfusão



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

HUEB

1. FITO

IDADE

CLINICA

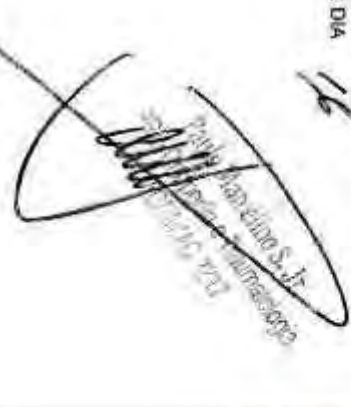
PACIENTE

ANTONIO ABRAÃO GOMES

58

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	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. PERUSAO + NEUROLOGICO DO MME PRESERVADOS CD. AGUARDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO IRR VISTADOR DR RODRIGO VICK	1. DIETA LIVRE <i>3x/dia</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10/16/19</i> 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 5/6H <i>10/16/19</i> 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 <i>10/16/19</i> 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA <i>10/16/19</i> 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>16</i> 	SAME / NUBRB Cópia CONFORME ORIGINAL	8. colar fixado no pescoço para manter a cabeça do paciente em posição de conforto + evitar movimentos bruscos. O paciente não pode usar o elevador de M.I., e usar o elevador para o deslocamento do corpo. Dr. 4.45h, recebeu alta hospitalar com medicação prescrita e orientações. Ass. Enferm. <i>Eden</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



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

Paulo Henrique S. Jr.
CRM 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

1800hrs. Paciente sem
queixa, medicado
conforme prescrição
medica, o que se
observa. David.



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

digitado e impresso em: 13/11/2019 às 12:59:36



REGISTRO

IDADE

CLÍNICA

LEITO

HUEB

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

58

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

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 500 500		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIPRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 10 20 20		
EF. PERFUSAO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H SN		
CD: AGUARDAR EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN		
VISITADOR DR FRANCISLEI	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 20		
	7. CUIDADOS GERAIS		
	8. SINAIS VITAIS		
	9. CURATIVO DIÁRIO		
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 20		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10		
	 Paulo M. de Oliveira - dr. Pneumologia e Traumatologia PRM OAB/AC 2211		
	SAME / HUEB CÓPIA CONFORME ORIGINAL		
	Deixei o joelho no posante e no dia 13 fizto exame de abdome, tudo ok e poe medicação  Paulo M. de Oliveira - dr. Pneumologia e Traumatologia PRM OAB/AC 2211		



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	SND	10-22	10-16-22-04	De 13 e 19 Paciente VOTF, nutrido no leito, acido eletrolítico, frequência, anelucção livre, logueira Pruvate, Venha de, ANT/MSD, 55VV Tor 35,4 PA 150x110 FC: 60 SPO99% Ac Yara
#FX PLANAL TO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS	10-22	10-16-22-04		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H	10-22	10-16-22-04		
EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN	10-22	10-16-22-04		
CD AGUARDANDO EXAMES PRE OP AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA PELO NIR	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	10-22	10-16-22-04		
VISITADOR DR FRANCISLEI	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA	10-22	10-16-22-04		
	7. CUIDADOS GERAIS	10-22	10-16-22-04		
	8. SINAIS VITAIS	10-22	10-16-22-04		
	9. CURATIVO DIÁRIO	10-22	10-16-22-04		
	10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA	10-22	10-16-22-04		
	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	10-22	10-16-22-04		

SAME / HUEB
COPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

De 13 e 19 Paciente VOTF, nutrido no leito, acido eletrolítico, frequência, anelucção livre, logueira Pruvate, Venha de, ANT/MSD, 55VV Tor 35,4 PA 150x110 FC: 60 SPO99% Ac Yara

Fabiana R. Martins
ENFERMEIRA
CORENMG 586.870



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

digitado e impresso em: 15/11/2019 às 15:04:12



HUERB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Dt: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. SDN	
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI FIXADOR TRANSARTICULAR	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12H/2 HRS 10 22 24 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6H/H 10 22 24 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 6H/H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H/H SN 6. TILATIL 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 10 22	
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		SAMR / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL de 07:00 am a 29:00 hr do total, com o objetivo de obter, nesses dados, máximo, mantendo o nível de atenção, bem como da eficiência, função fisiológica (respiratória, cardíaca, controle, etc.) e a saúde do paciente. Máximo de 100% de eficiência de enfermagem CORENAC - 525141 04:30 do dia 26/10/2019. Foi dirigido a repouso, queixa de maneira, e, após, foram de 200 a 200 mmHg e 100 a 100 bpm



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 58

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 26/10/19

#FX PLANTIO TIBIAL E SVI
-FIXADOR TRANSCUTANEO

PACIENTE COM QUEIXA DE LERVA DOB
EM DEBILIDADE E INCONVENIENTO

EF. PERFUSÃO - NEUROLÓGICO DO
VIE PRESERVADOS

CONSTATANDO EXAMES PRE DE
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE
CIRURGIA PELA NR

PACIENTE AMPLA SEM MARCADO
CIRURGICA POR ESPECIALISTA DE
JOELHO DO HOSPITAL DAS
CLINICAS EQUIPE DE QUINTA FERIA
COM HORARIO CIRURGICO ATIVO
CASOS PASSADO DESDE A
INTERNAÇÃO MAS AMPLA SEM
RESOLUÇÃO

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

ASSIM QUE CRIEM
DIREÇÃO A PARTIR DE HOJE
SITUAÇÃO

VISITADOR DR ANTONIO LUIZ

1. DIETA LIVRE. **SHS**

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

3. DIFERONIA 1GR EV DILUIDO B/H **10/16/22/04**

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

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

6. TILATIL 20MG EV 2X/24 **02**

7. CUIDADOS GERAIS

8. SINAIS VITAIS

9. CURATIVO DIARIO

10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA **02**

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

[Handwritten signature]
Dr. Antonio Luiz
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DAS. O GUEIXA AS 18:00 DA
PAR LOTE TIBIAL BASTO
DE USINAS TUBO CADA DEUT
DE CROMA + VESTES FEITO
EUTILUO + MEDICAMENTOS
COM LOTE TIBIAL DE AC
VITAMINA 705604
15/11/2019 16:31:53
Paciente em tratamento
de fratura de tíbia e fíbula
com fixação por placa e parafusos
em nível de urgência.



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

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 500		
#FX PLANALTO TIBIAL E SVI	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 10 16 22		
-FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 6/6H SN		
EM JOELHO E NO MOMENTO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN		
EF: PERUSAO + NEUROLÓGICO DO	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA 10 16 22		
MIE PRESERVADOS	7. CUIDADOS GERAIS 10 16 22		
CD. AGUARDADO EXAMES PRE OP	8. SINAIS VITAIS 10 16 22		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	9. CURATIVO DIÁRIO 10 16 22		
CIRURGIA PELO NIR	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 16 22		
PACIENTE AINDA SEM MARCAÇÃO	11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10 16 22		
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 CIRÚRGICA DE QUINTA FEIRA			
DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, 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
CRMAC 2217

SAME / HUEB
CORPO
CONFECIONADO ORIGINAL

De 04 de 19. horas
Recebido da enfermeira
Tudo bem, de acordo
Foi medicado e monitorado
p/ 24 horas. Não
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



HUEB

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 PLANTAO TIBIAL E SVI -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EE: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS. CD: AGUARDANDO 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 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 VISTADOR: DR. RAFAEL / DR. FRANCISLEI	1. DIETA LIVRE <i>SVI</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>50 22</i> 3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 66H <i>50 22</i> 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 66H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 66H SN 6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA <i>(50) 22</i> 7. CUIDADOS GERIAIS <i>Reducao</i> 8. SINAIS VITAIS <i>Reducao</i> 9. CURATIVO DIARIO <i>Reducao</i> 10. CEFTRIAXOMA 1G IV 2X DIA <i>50 22</i> 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>56</i> <i>Dr. Antonio S. Jr.</i> <i>PRM Ortopedia Traumatologia</i> <i>CRM 2217</i>	<i>SAME / HUEB</i> <i>COMIA</i> <i>CONFORTO OKSINAL</i>	<i>Atenda (leite e outros</i> <i>meios alimentares) em</i> <i>necessidade. Sem</i> <i>prejuizo ao mesmo</i> <i>diante da situação.</i> <i>de. Exame</i> <i>de - 11-19-</i> <i>Após 5.1h potente</i> <i>deprime - de no</i> <i>deito corno faz</i> <i>preto e febre por</i> <i>medicamento</i> <i>COM 10/11/2019</i> <i>13:40:09</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 - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI: 26/10/19	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 DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 11. CLEXANE 40MG SC 1X DIA	SVB 500 4016 26/10/19	10 26/10/19 10 26/10/19 10 26/10/19	nas. de 09.00hs - 17.00hs - Tratamento médico de contato com o paciente de edição 2026/04
#X PLANTÃO TIBIAL E SVI FIXADOR TRANSARTICULAR				
PACIENTE COM QUEIXA DE LEME DOR EM JOELHO E NO MOMENTO				
EE: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS				
CD: AGUARDANDO 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 FEIRA COM HORÁRIO CIRÚRGICO ATIVO.				
CASOS PASSADO DESDE A INTERNAÇÃO, MAS AINDA SEM RESOLUÇÃO.				
OS CASOS SÃO PASSADOS PARA EQUIPE CIRÚRGICA DE QUINTA FEIRA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, PELA REPRESENTANTE DA DIREÇÃO, ASSIM QUE CHEGAM.				
DIREÇÃO A PARTE DE TODA SITUAÇÃO				

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

SAME / HUEB

10/11/19

CONFIRMAR ORIGINAL



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	1. DIETA LIVRE 5 ND 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 40 22 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 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 10 22 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIÁRIO 10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA 10 22 11. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS 10 22		
#FX PL ANLTO 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			

SARIS / NUBERB
COMA
CONFORME PRESENÇA

Não realizado de plano
não tem sinais vitais
estabilidade

Maria da Silva
Téc. em Enfermagem
CORE 100041



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 - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LETO

224

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

DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE. SF00 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H NT 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 ✓ Dr. Patrícia Pai Chaves Elias CRM/AC 11410			
--------------	--	--	--	--

SAME / HUEB
CONFUSÃO ORIGINAL



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

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, 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. DIFERONA 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	
EFE: PERFUSAO + 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 DEIXO DE DIETA ZERO E SUSPENDO CLEAXANE	8. SINAIS VITAIS ✓	
	9. CURATIVO DIÁRIO ✓	
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA	
	12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	

22/11/2019
11:49:52
ANTONIO ARAUJO GOMES

SAME / HUERB
COPIA
CONFORTAB ORIGINAL

as 16:00 horas
atual, em a
ortica, com
cortina, lúcido,
avulso, deita
dita aprenhe
pelo snos, apen
cões fincadas
puxados, as
refere-se a quei
dos ofícios. Tru
Est. graniley - do-
nen: 001.051.055



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

digitado e impresso em: 23/11/2019 às 11:04:35



HUEB

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	1. DIETA LIVRE.		
#FX PLANAL TO TIBIAL ESQUERDO	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS	58	Dos 09:00 às 18:00 horas
FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H	58	Medicação de dor no TDO
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0 9% EV 6/6H SN	58	Medicação de dor no TDO
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	58	Medicação de dor no TDO
	6. TILATIL 20MG EV 2X/DIA	58	Medicação de dor no TDO
	7. CUIDADOS GERAIS	58	Medicação de dor no TDO
EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MME PRESERVADOS	8. SINAIS VITAIS	58	Medicação de dor no TDO
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA	9. CURATIVO DIARIO	58	Medicação de dor no TDO
	10. CEFTRIAXONA 1G IV 2X DIA	58	Medicação de dor no TDO
	12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	58	Medicação de dor no TDO
VISITADOR: DR PAULO FERNANDO	13. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS	58	Medicação de dor no TDO

SAME / MUERO

CONFIRMAÇÃO

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL



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 0,5% 500ML EV CADA 12HRS <i>10-27</i> 3. DIPIRONA 500 MG VO 6/6 HRS <i>12-26-27</i> 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS <i>10-26-27</i> 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS <i>10-26-27</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>10-27</i> 10. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA <i>FSR</i> 11. CLEXANE 40 MG SC 24/24 HRS <i>10-27</i>	SAME / HUEB CÓPIA CONFORTAL DIURNAL	02-12-19 AS 06:00H Enfermeiro atendido com intercorrência medicamentosa de CHT após as curas, depois de intervenção Téc. Pedro Costa 25/9/55
-------------	---	---	---



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

НУКЕВ

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

58 IDADE

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: PERFUSÃO + 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. DIPIRONA 500 MG VO 8/8 HR 4. TRAMAL 50 MG VO 8/8 HRS 5. PLASIL 10MG EV DELUIDO 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		8:00hrs Troca de curativo e lavagem do local de inserção do fixador com solução fisiológica + sempre agitando o frasco. Realizado curativo com álcool 70%. 03/11/2019 - Si Je - O que me foi passado para fazer é lavar o local de inserção do fixador com solução fisiológica + álcool 70%.



digitado e impresso em: 03/12/2019 às 12:20:42

2007

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

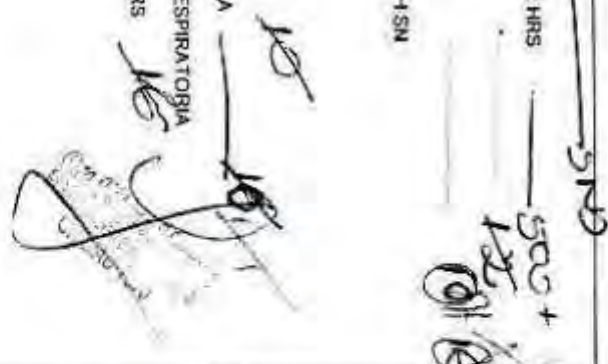
58

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: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA LABORATORIO OK VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE _____ 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS _____ 3. DIPIRONA 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 2x/24 HRS _____ 	SAMI / MUEROB COPIA CONFORME ORIGINAL	4/18/2019 Si bem paciente em recuperação com sinais vitais dentro da normalidade com evolução satisfatória



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



PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Dt: 26/10/19 FEM PLAMAL TO TIBIAL ESQUERDO -FIXADOR TRANSARTICULAR PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO EF PEREUSAO + NEUROLOGICO DO MIE PRESERVADOS AGUARDANDO AGENDAMENTO DE CIRURGIA VISITADOR: DR MARCELO PIMENTA	1. DIETA LIVRE. <i>500g</i> 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 12/12 HRS <i>10 32</i> 3. DIFRONA 1 GR EV 8/8 HR <i>19 32 56</i> 4. TRAMAL 50 MG VO 6/6 HRS SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 12. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA 13. CL EXAME 40 MG SC 24/24 HRS <i>16</i>	SAME / HUERTO CONFECIONADO	8 coletas 17:00h feixes deurem feixes de repetição com oxi- dio de ferro (lin- tuarado de) de cancer + masage- deira tibia. 20g deurem + de. 1a ma- diado n. de 1a ma- ma maente m. 1a ma- de. 1a maente m. 1a ma- 118.982.

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 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. DIFIPRONA 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 	SAME / LIVERB COM CONFORTO	7.00 hrs Período de observação e manutenção do curativo da cirurgia. Telex com 3887874-



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

digitado e impresso em: 08/12/2019 às 11:35:29



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

ANTONIO ARAUJO GOMES

IDADE

58

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

224

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

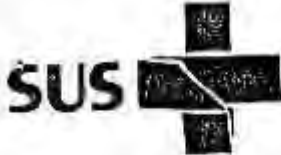
DI: 26/10/19	1. DIETA LIVRE		
FIXADOR PLANTAR TIBIAL ESQUERDO	2. SF 0.9% 500ML EV CADA 12/12 HRS		
FIXADOR TRANSARTICULAR	3. DIFIRONA 1GR EV 8/8 HR		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM JOELHO E NO MOMENTO	4. TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV 6/6 HRS SIN		
EF. PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS		
QUE PRESERVADOS	6. SINAIS VITAIS		
AGUARDANDO AGENDAMENTO DE	7. CURATIVO DIÁRIO		
CH JRGIA	8. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA		
RETRO O FIXADOR POR	9. CLEAXE 40 MG SC 24/24 HRS		
ORIENTAÇÕES DO DR PAULO			
FERNANDO			
SOLICITO NOVO RX SEM TALA			
VISTADOR: DR NELSON MARQUEZNI			

Alta com medicações
do Dr Marcelo Pinheiro
Reconstrução Fratura
cintil hálide
Acompanhar evolução
Fisioterapia
Reconstrução
Dentes

34:00 - Plante agendado,
seguir com medicação,
reapresentar, reposto
em leite, quite da
natureza limpa sem
color. Previa dieta
especializada, com
queijos -

34:00 - Plante agendado,
seguir com medicação,
reapresentar, reposto
em leite, quite da
natureza limpa sem
color. Previa dieta
especializada, com
queijos -

34:00 - Plante agendado,
seguir com medicação,
reapresentar, reposto
em leite, quite da
natureza limpa sem
color. Previa dieta
especializada, com
queijos -



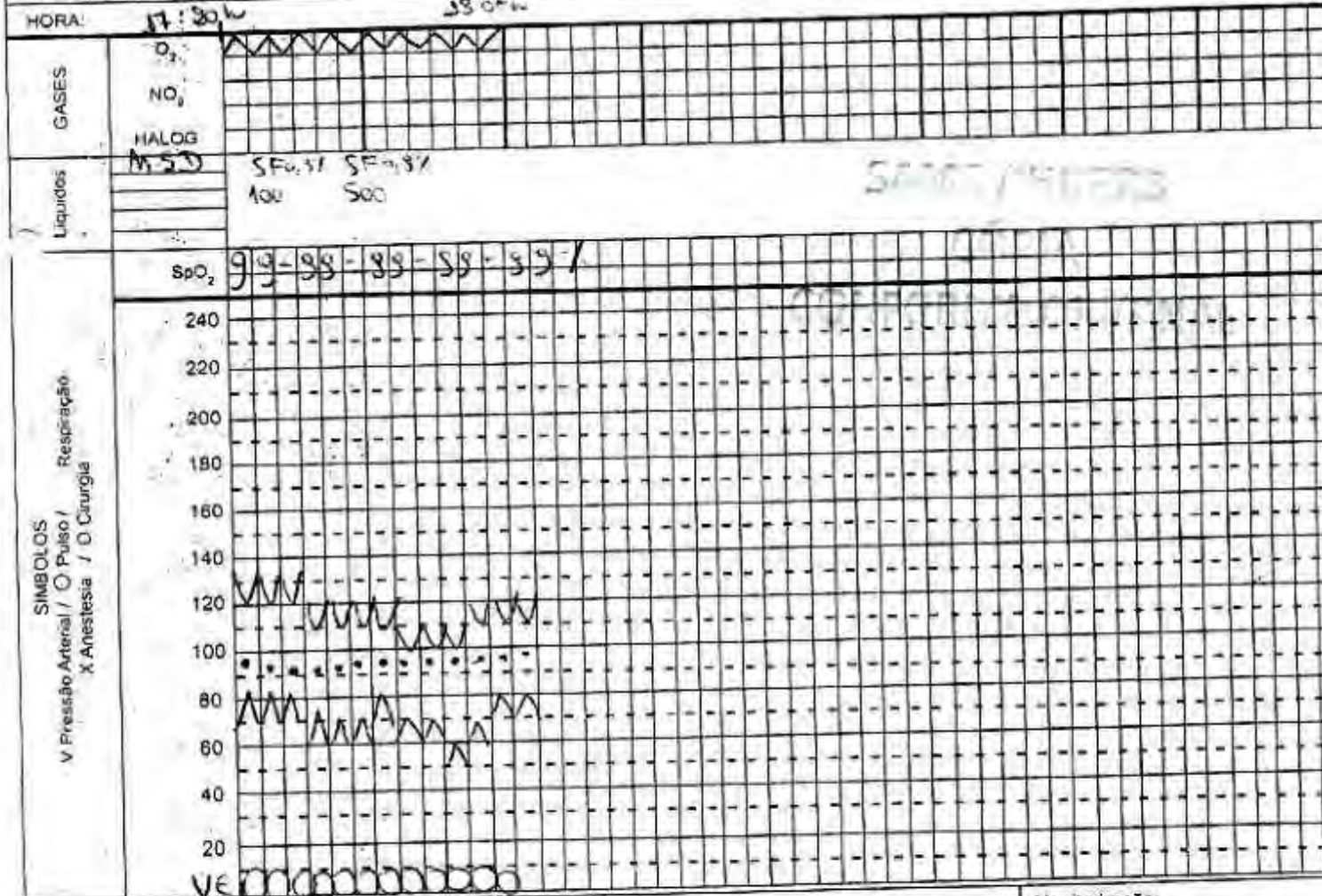
Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB



FICHA DE ANESTESIA

2679472

Paciente:	Antônio Araújo Gomes					Idade:	50	Sexo:	M	Cor:		Registro / BE:	
Sector proc:	☒ RSI	☐ PSI	☐ CCA	☒ CCB	☐ CMA	☐ CMB	☐ CC	☐ UTI					
Altura:	Peso:	PA (mmHg):	P (bpm):	FR (irpm):	Tax (°C):	Sat O ₂ (%):	Grupo Sgneo:	Fator Rh:					
HL	Hb	Leuco:	Glicose:	Uréia:	Creatinina:	BT / BD / BI:	TGO / TGP:						
Diagnóstico Pré-Operatório:													
Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite MV: + Complacência: +													
ACV: WCR 12-15 F/S/S ECG: RSI normal Alegria: +													
Ap. Digestivo/Dentes: - Pescoço: maldade + Peças Dent.:													
Ap. Urinário: - Drogas em Uso: -													
Estado Mental: KOTC ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Risco:													
Anestésias Anteriores: - Hora: 17:20h Efeito:													
Medicação Pré-anestésica: -													
HORA: 17:30h 330h													



1º	DROGAS ADMINISTRADAS	Técnica:	Monitorização:
2º	Roxonmentina	Cirurgia:	RA + EC + mpc
3º	Le Propofol 12 mg, 1T	Cirurgião/Auxiliar:	Ap. Resp.:
4º	Le Propofol 50 mg, 1T	u. da Anestesia + Monitorização	Ap. CV:
5º			
6º	Anestésico 2g, 1V	OBS: Gêneros com	
7º	u. da Anestesia 2g, 1V	anestésicos	
8º	u. da Anestesia 6 mg, 1V		
9º		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):	
10º			

224

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 100, - BOQUE - RIO BRANCO - CEP: 69006-20 - Tel.: 331-3080
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

Hemácias (em milhões)...	3,56	mm3	VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	10,20	g/dL	VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	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:.....	24,30	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	102	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	82	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	8.164	mm3	
Linfócitos:.....	12	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.224	mm3	
Monócitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	510	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORTES ORIGINAL

*Assinado por: J. Santos de Silva
Farmacêutica - Biotecnologia
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 Coagulação:...	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	(☒) SIM	NÃO (☐)
•	DIABETES	(☐) SIM	NÃO (☒)
•	ANGINA	(☐) SIM	NÃO (☒)
•	IAM PRÉVIO	(☒) SIM	NÃO (☐)
•	AVE	(☐) SIM	NÃO (☒)
•	EAP	(☐) SIM	NÃO (☒)
•	DAC FAMILIAR	(☐) SIM	NÃO (☒)

EXAMES LABORATORIAIS: HB: 10.20 LEUCO: 10.200 UR: 120 CREA: 2.4 HEM: coag. normal

EXAME FÍSICO: AC: Ba 2 inf sy

AP: Mu 2 inf sy

ECG: RS, 60 bpm, ANV.

RAIO X TÓRAX: CARDIOMEGALIA.

ECOCARDIOGRAMA: (☐) SIM

(☐) NÃO

AO:

AE:

VE:

SPTO:

FE:

FAZ TRATAMENTO NO HC PI ICTER (DE ACORDO COM CANCER).

Adquirir Ecocardiograma e melhor avaliação da T. 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 EMERGENCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Orto pedu LEITO N° 224 A CLÍNICA Cardiologia

PACIENTE: Antonio Araujo Gus

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

baixo com fratura de planoalto tibial e com maloc
crurgico

Sol Risco cirurgico

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

NOME DO SOLICITANTE:

DATA 31/10/19 HOR

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SARE / HJEM

Cópia

CONFIRMAÇÃO

NOME DO MÉDICO:

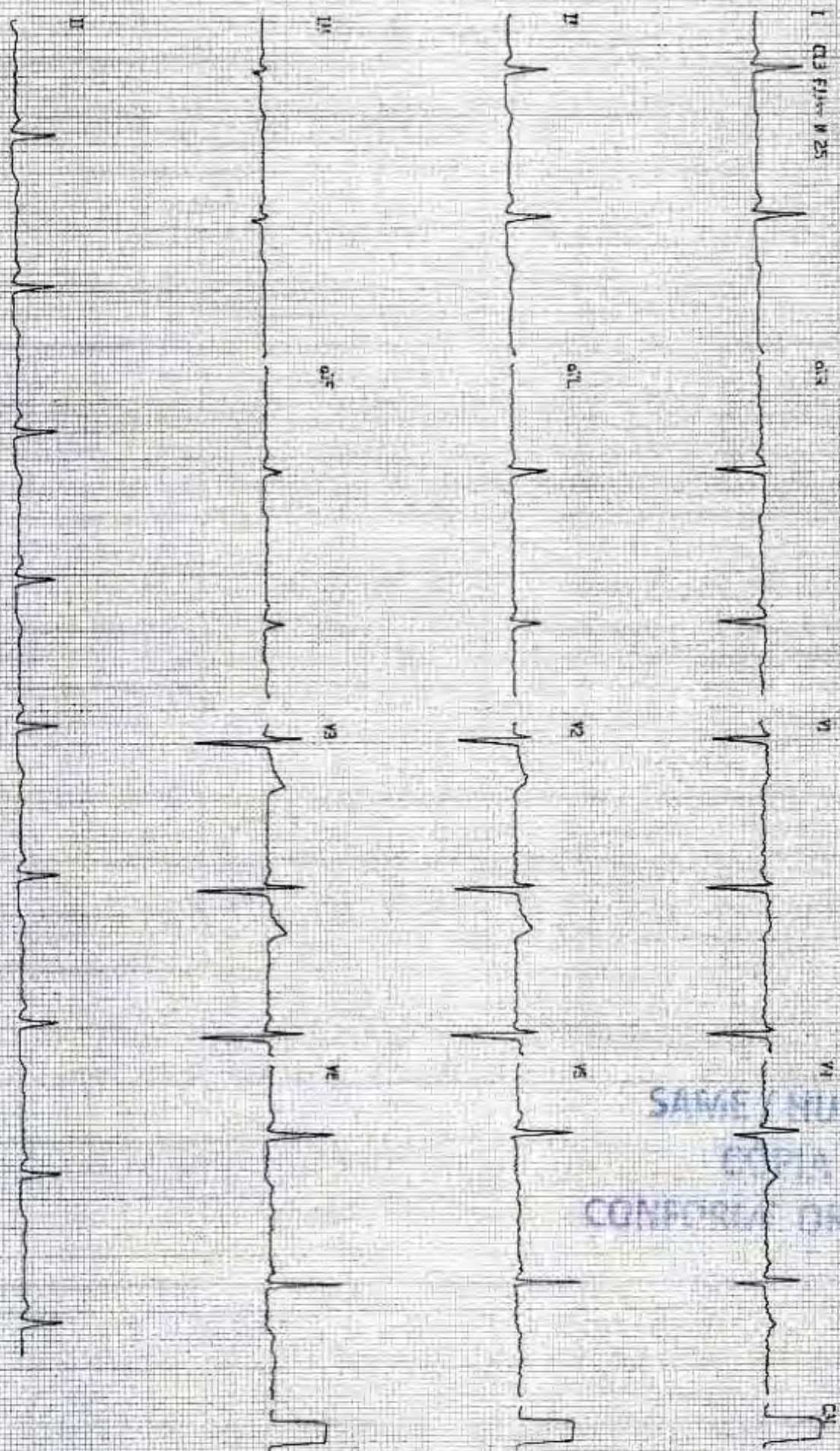
DATA 31/10/19 HORA

Antonio Araújo Gomes

58 anos

47
10
19

17.1515





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 Soares Dias*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente ♂ 58 anos
com história de pleurite fibril
solução risco a longo*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA *03/12/15* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SARFÉ / WUEBS

CONTROLE GERAL

NOME DO MÉDICO:

DATA */ /* HORA: *:*

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.2.115173
Num. do BE: 02679472

Idade.: 58A
Requis.: 27/11/2015

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

Cons. Regional:

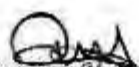
Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácia (em milhões).....	4,15	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina:.....	12,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	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:.....	5.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinófilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	185	mm3	
Mielócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	57	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	3.534	mm3	
Linfócitos:.....	33	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.046	mm3	
Monócitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	434	mm3	
Bastões:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			


Rosemary M. Rivas
Biomédica
CRM 41.412

SAME / HUERB
CÓPIA

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: VARDELI SANTOS DE ARAUJO 27/11/15 as 09:14 Coleza: 27/11/15 as 06:02-1a. Via Impressa: 27/11/15

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	04 MINUTOS	VR: 1 - 3 minutos
Tempo de Coagulação:.....	07 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	191.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: JANDELI SANTOS DE ARAUJO 27/11/15 as 08:15 Coleza: 27/11/15 as 06:02-1a. Via Impressa: 27/11/15

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

Sexo:

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		

Data 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 Riveron
Biólogo
CRBM - A N. 249

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMATIVA ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69008-20 - 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
Solicitante: 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:	38,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
MCV:	88,70	fL	VR: 78 a 98 fL
MCH:	29,80	pg	VR: 26 a 34 pg
MCHC:	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	5.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinófilos:	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	207	mm3	
Neutrófilos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metanetrófilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Linfócitos:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Segmentados:	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	4.630	mm3	
Linfócitos:	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	1.518	mm3	
Monócitos:	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.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 18/11/19 as 10:03 Coleta: 18/11/19 as 01:19-1a. Via Impressa: 18/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	1 minuto e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:	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
CIMA

CONFIRMAR ORIGINAL

Jardeli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 267

224 DE 2679472

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

Novo Acre 22

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente: Antonio Araujo Soares Registrado: CC
☐ PSL ☐ PA ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Raio X ☐ USC ☐ UCG ☐ Ecocardiograma ☐

Outros: Rx Joelma (E) AP / perf
Indicação: sem tct.

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

224

CCB - 2679472

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

Novo Acre 22

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADI

Paciente: Antonio Araujo Soares Registrado: CC
☐ PSL ☐ PA ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Raio X ☐ USC ☐ UCG ☐ Ecocardiograma ☐

Outros: Rx Joelma (E) AP / perf
Indicação: Rx Baixa AP

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

Indicação: _____

21/11/13
ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARMBO

PROF. ORLANDO RAU...
CRM/AC 18.13

Nº CONSELHO

Laudo:

[Handwritten signature]

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Antônio Araújo Soares.

- Fazer talo Inguirino -
podolico (E)

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORDEM



DATA: _____ ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARMEN: Antônio Araújo Soares Nº CONSELHO: _____

10-19-25h - Comunicado serviço de emergência
26/04/22 Antônio Araújo Soares L-224

Hx do paciente

Hx do paciente e ADP
Hx do paciente e ADP

Dr. Wesley Hoffmann Silva Sáez
PRM - Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 2296

Assinatura do Profissional com Carimbo

Assinatura do Profissional

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

CPM - 4 N° 244
Luis Edgardo Rivera
Biomédico

S/ASSINATURA

CONF

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:
- VENTRÍCULO DIREITO: 16 mm
- SEPTO: mm / Parede Posterior: mm
- VENTRÍCULO ESQUERDO: DDVE: 43 mm x DSVE: 30 mm / FE 61 %

VALVAS:

MITRAL:
TRICUSPIDE:
AORTICA:
PULMONAR:

Contração segmentar do VE: Presença em septo.

Câmaras cardíacas:
Espessuras Parietais:
Função diastólica: Difusa tipo 1
Função sistólica:

Aparelho Philips Infinity 50

Exame de realização e qualidade técnica.

PERICARDIO:

OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO:

1º Função global e regional do VE preservada
2º Diferença diastólica tipo 1
3º Regurgitação leve em V. mitral
4º Espessamento leve em V. Aórtica em intima

Eduardo Vasconcelos Passos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1656

Thiago da Costa Santos
Cardiologia/Ecocardiografia
CRM - AC 1691

10/02/19
frc

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 Francisco Sousa

AO AMBULATÓRIO EM 15 DIAS

DR. Marcelo Pinheiro

DT: 20/12/19

DC: 1

DIAGNÓSTICO: fratura plavette hum (2)

CONDUTA: sem desfratura

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 10 dias

AGENDAMENTO

☒ PS - REGULAÇÃO DE LEITOS ☐ FUNDHACRE

RIO BRANCO-AC 10/12/19

[Handwritten signature]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO PARAGUAY

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO
RAMO DE REGISTRO DE MEIO

Nome ANTONIO ARAÚJO GOMES

Rua
ANTONIO QUIRINO GOMES
MARIA EUNICE GOMES

Data Nascimento 13/08/1981
Identificação FELJO-AC
Registro em 000000009 - **Órgão Emissor** SEPC-AC

Antonio Araújo Gomes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO PARAGUAY

Nome ANTONIO ARAÚJO GOMES
Data Nascimento 13/08/1981
Identificação FELJO-AC
Registro em 000000009 - **Órgão Emissor** SEPC-AC

CPF 183.044.002-00
RG 003428062402
CPF 97949
RG 193
AC

DATA DE EMISSÃO 23/09/2019
CERT. NASC. Nº 7.598 - **LIV.** A-18 - **FILE** 155 - **CARTÃO** FELJO-AC

Polícia Civil

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014399066993
DATA 01/08/2019
COTA ANUAL R\$ 00802008585

JOSE BEZERRA FELIX

AC

PLACA 037.640.012-91
RZ04004

9C2JC30103R183315

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO-ALICIA
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 TITAN KS
COR: VERDE

1 XPAGU* *****
P *****
V *****
A *****

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

SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO

RIO BRANCO - AC 12/06/2019

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 RZ04004

00802008585 HONDA/CG 125 TITAN KS
9C2JC30103R183315

PRÊMIO TARIFARIO
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 09.245.800/0001-44

CONTRAN

CONTRAN

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 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 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 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