

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

20/04/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

321008475501

**VALOR TOTAL:**

7.087,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** ERICO DA COSTA SILVA

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 04158

**CONTA:** 000010014284

---

---

**Número da Autenticação**

19947C0AF50371AA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072716/21

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**CPF:** 032.224.682-22

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 24/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERICO DA COSTA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERICO DA COSTA SILVA : 032.224.682-22**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2021  
Nome: ERICO DA COSTA SILVA  
CPF: 032.224.682-22

ERICO DA COSTA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2021  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210084755

**Cidade:** Acrelândia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**Data do acidente:** 24/02/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** acidente de moto. fratura exposta de tíbia cominutiva esquerda. fratura diáfises de fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 50°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Internado por 27 dias para tratamento cirúrgico primeiro com fixadores externos na fratura de fêmur e tíbia esquerdas e posteriormente haste intramedular na tíbia e fêmur esquerdo, sem complicações pós cirúrgicas, seguimento ambulatorial por 4 meses, complementou com 12 sessões de fisioterapia. De alta medica sem documento comprobatório.

### Sequelas permanentes:

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/04/2021

**Conduta mantida:**

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210084755

**Cidade:** Acrelândia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**Data do acidente:** 24/02/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA DE FÊMUR DIAFISÁRIO DIREITO  
FRATURA DE TÍBIA DIAFISÁRIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 46,71  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072716/21

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**CPF:** 032.224.682-22

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 24/02/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERICO DA COSTA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ERICO DA COSTA SILVA : 032.224.682-22**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2021  
Nome: ERICO DA COSTA SILVA  
CPF: 032.224.682-22

ERICO DA COSTA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2021  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210084755

**Cidade:** Acrelândia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**Data do acidente:** 24/02/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** acidente de moto. fratura exposta de tíbia cominutiva esquerda. fratura diáfises de fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 50°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Internado por 27 dias para tratamento cirúrgico primeiro com fixadores externos na fratura de fêmur e tíbia esquerdas e posteriormente haste intramedular na tíbia e fêmur esquerdo, sem complicações pós cirúrgicas, seguimento ambulatorial por 4 meses, complementou com 12 sessões de fisioterapia. De alta medica sem documento comprobatório.

### Sequelas permanentes:

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210084755

**Cidade:** Acrelândia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERICO DA COSTA SILVA

**Data do acidente:** 24/02/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA DE FÊMUR DIAFISÁRIO DIREITO  
FRATURA DE TÍBIA DIAFISÁRIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) 46,71  
ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210084755

Nome do(a) Examinado(a): ERICO DA COSTA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAO MIRANDA BARBOSA, 87, , Acrelândia/AC

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 12398462

Data e local do acidente: 24/02/2020 - Acrelândia/AC

Data e local do exame: 13/04/2021 - Rio Branco/AC

Coordenadas Geográficas: latitude: -9.97326 , longitude: -67.81981

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

acidente de moto. fratura exposta de tíbia cominutiva esquerda. fratura diáfises de fêmur esquerdo.

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

Internado por 27 dias para tratamento cirúrgico primeiro com fixadores externos na fratura de fêmur e tíbia esquerdas e posteriormente haste intramedular na tíbia e fêmur esquerdo, sem complicações pós cirúrgicas, seguimento ambulatorial por 4 meses, complementou com 12 sessões de fisioterapia. De alta medica sem documento comprobatório.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 50°, extensão aos 30°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

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

sequela definitiva de grau intenso no MIE .

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

( ) "Vítima em tratamento"

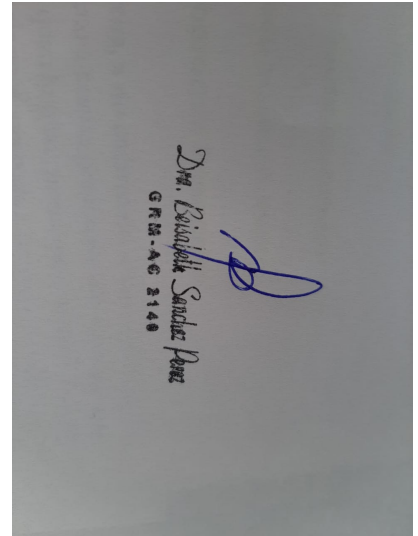
(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

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



Dra. Rosalinda Sanchez Perez  
G.F.M. - A.E. 2148

---

**Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210084755**

**Vítima: ERICO DA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ERICO DA COSTA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 28 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210084755**

**Vítima: ERICO DA COSTA SILVA**

**Data do Acidente: 24/02/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERICO DA COSTA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: **ERICO DA COSTA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000004158-0**

Conta: **000010014284-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **032.224.682-22** 4 - Nome completo da vítima: **ERICO DA COSTA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ERICO DA COSTA SILVA** 6 - CPF: **032.224.682-22**  
 7 - Profissão: **RECUSO-ME** 8 - Endereço: **RUA JOAO MIRANDA BARBOSA** 9 - Número: **87** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: \_\_\_\_\_ 12 - Cidade: **REDENÇÃO** 13 - Estado: **AC** 14 - CEP: **69.945-000**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: **4158** **0** CONTA: **14284** **0** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, **RIO BRANCO AC 10/03/21**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Erico da Costa Silva*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

<b>DETRAN</b> <b>ACRE</b> Departamento Estadual de Trânsito		<b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>			<b>BAT/N.º 003/2020</b> <b>3ª Cia/ 4º BPM/ CPOII</b> <b>Acrelândia</b>		
<b>Local:</b> AC 475 – KM 45				<b>Município</b> Acrelândia		<b>UF</b> AC	
<b>Ponto de referência:</b> PROXIMO A VILA REDENÇÃO			<b>Data</b> 24/02/2020	<b>Hora da Ocorrência</b> 17:30horas	<b>Dia da Semana</b> SEGUNDA-FEIRA	<b>Zona</b> Rural (X) Urbana ( )	
<b>NATUREZA DO ACIDENTE</b>		<b>TIPO DE PAVIMENTO</b>		<b>CONDIÇÕES DA VIA</b>		<b>CONDIÇÕES DO TEMPO</b>	
Atropelamento ( )		Asfalto (X)		Seca (X)		Bom (X)	
Colisão (X)		Concreto ( )		Molhada ( )		Chuva ( )	
Tombamento ( )		Paralelepípedo ( )		Oleosa ( )		Nublado ( )	
Capotamento ( )		Cascalho ( )		Enlameada ( )		Garoa ( )	
Choque com objeto fixo ( )		Terra ( )		Danificada (X)			
Outra: ( )		Areia ( )		Em obras ( )			
<b>Nome Condutor</b> EDILSON BORGES DA SILVA				<b>Sexo</b> M (X) F ( )		<b>Data NASC.:</b> 21/10/1957	
<b>Endereço:</b> BR 364 KM 84 RAMAL OCO DO MUNDO KM 05				<b>CPF:</b> 096198522-49			
<b>VEÍCULO 01 / CONDUTOR 01</b>	<b>1ª CNH</b> Não Possui	<b>Categoria</b> -----	<b>N.º Registro</b> -----	<b>UF</b> ---	<b>Validade Carteira</b> -----	<b>Usava cinto</b> (X) sim ( ) não	<b>Usava capacete</b> ( ) sim ( ) não
	<b>Marca/Modelo</b> FORD/F4000		<b>Espécie</b> CARGA	<b>Placa</b> NED 7415	<b>Município:</b> Placido de Castro		<b>UF:</b> AC
	<b>Nome proprietário</b> Rivanil Santiago de Souza			<b>Endereço</b> ZONA RURAL PLACIDO DE CASTRO			
	<b>CHASSI</b> 9BFLF4745GB006614			<b>Compareceu ao posto</b> SIM ( ) NÃO (X)			
	<b>Avarias:</b> Para-Choque Dianteiro e Farol lado Direito					<b>PONTOS</b> Carro (X)	
	<b>Sentido Que Trafegava:</b> AC 475 – KM 45 sentido BR 364					Moto ( )	
	<b>Ação do Condutor</b> PERMANECEU NO LOCAL					<b>Exame alcoólico realizado</b> Sim (X) Não ( )	
<b>VEÍCULO 02 / CONDUTOR 02</b>	<b>Nome Condutor</b> EDUARDO COSTA DA SILVA			<b>SEXO</b> M (X) F ( )		<b>Data Nasc</b> ---	
	<b>Endereço:</b> AC 475 KM 46 VILA REDENÇÃO						
	<b>1ª CNH</b> Não possui	<b>Categoria</b> ---	<b>N.º Registro</b> ---	<b>UF</b> ---	<b>Validade da Carteira</b> ---	<b>Usava cinto</b> ( ) sim ( ) não	<b>Usava capacete</b> SIM
	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 125		<b>Espécie</b> PASSAGEIRO	<b>Placa</b> MZV 3258	<b>Município</b> RIO BRANCO		<b>UF</b> AC
	<b>Nome proprietário</b> SANDRO ROBERTO SENA DAMASCENO			<b>Endereço</b> RUA ANIBAL VIANA 63 B. WANDERLEY DANIAS			
	<b>CHASSI</b> 9C2KC08104R080563			<b>Compareceu ao posto</b> SIM ( ) NÃO (X)			
	<b>Avarias</b> Roda dianteira completamente destruída e as bengalas amassadas					<b>PONTOS</b> Carro ( )	
<b>Sentido Que Trafegava:</b> AC 475 – KM 45 sentido Acrelândia					Moto (X)		
<b>Ação Do Condutor</b> Socorrido pelo SAMU					<b>Exame alcoólico realizado</b> Sim ( ) Não (X)		

<b>VÍTIMAS</b>					
<b>VITIMA</b>	<b>Nº 01</b>	<b>Nome</b> EDUARDO COSTA DA SILVA		<b>Sexo:</b> M (X) F ( )	<b>Nasc/Idade:</b>
		<b>Endereço</b> AC 475 KM 46 VILA REDENÇÃO		<b>Condição da vítima</b> Condutor (X) Passageiro ( ) Pedestre ( )	

VITIMA	Nº 02	Nome Erico da Costa Silva	Sexo: M (X) F ( )	Nasc/Idade: 15/03/1995
		Endereço Rua João Miranda Barbosa nº 80 Redenção Acrelândia	Condição da vítima Condutor ( ) Passageiro (X) Pedestre ( )	

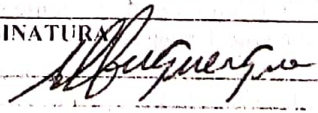
### TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA	Nº 01	Nome: FRANCISCO FERREIRA DA CUNHA JUNIOR	Sexo M (X) F ( )	Nasc/Idade 41ANOS
		Endereço: AC 475 KM 46 VILA REDENÇÃO		
TESTEMUNHA	Nº 02	Nome: RAIMUNDO NONATO PAIVA DA MOTA	Sexo M (X) F ( -- )	Nasc/Idade 55 ANOS
		Endereço RUA JOSE DE Deus centro de Acrelandia		

### HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Na data e hora supracitadas, fomos solicitados via 190 onde o comunicante nos informou que houve um acidente de trânsito e que havia vítimas no local, informou ainda que o SAMU já havia sido acionado, diante das informações, deslocamos ao endereço indicado e lá chegando, podemos constatar o fato. Houve uma colisão entre um Caminhão FORD F4000 Com Placa NED 7415 conduzida pelo condutor 01 e uma Motocicleta HONDA CG COM PLACA MZV 3258, conduzida pelo condutor 02, este sofreu fratura no fêmur da perna direita e quando chegamos ao local já havia sido resgatado pelo serviço do SAMU, havia ainda outra vítima do acidente, esta era transportada na garupa da motocicleta e com o impacto também veio a fraturas a perna direita e também já havia sido removido pelo SAMU. Dos fatos que Resultaram na condução do condutor da F 4000, trata-se de condutor não habilitado que pelo fato de ter se envolvido em acidente de trânsito se enquadra no Art. 309 do CTB (Conduzir veículo sem Possuir CNH gerando Perigo de Dano), como as vítimas ainda sofreram lesões sendo que ambas sofreram fraturas na perna direita este ainda incorreu em crime de lesão corporal. Ainda incorreu em crime de trânsito o Condutor da motocicleta, este pelos mesmos motivos do conduzido, pois também conduzia veículo sem possuir CNH. Informo que as informações que podemos observar no local do acidente bem como do relato do conduzido, a causa do acidente foi um buraco na pista onde trafegava o condutor da F 4000, forçando-o a fazer uma manobra para a esquerda tomando toda a pista contrária de onde vinha a motocicleta, esta colidiu no farol lado direito do Caminhão e caiu no meio da via. Informo ainda que o condutor da F 4000 foi submetido ao teste do etilômetro sendo obtido o resultado 0,00mg/l, sendo comprovado que ele **não fez** uso de bebidas alcoólicas, deixamos de conduzir o condutor da motocicleta, pois este foi removido para o Hospital em Rio Branco devido à gravidade da fratura, foi acionado o serviço de perícia, porém, fomos informados pelo APC Robson que não fazem deslocamentos para perícia em acidente que não haja vítima fatal, diante desta informação, os veículos envolvidos foram liberados no local para condutores Habilitados, devido à falta de meios para rebocá-los até o pátio, sendo a F 4000 Liberada ao senhor Francisco Luz da Silva CNH 02889121454 cat AD, a Motocicleta ao senhor Francisco Ferreira da Cunha Junior CNH 04349161583 cat AB. Nada mais havendo confeccionei este Boletim de Acidente de Trânsito para conhecimento.

### ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

CONDUTOR - VEÍCULO 01	CONDUTOR - VEÍCULO 02	AGENTE DE TRÂNSITO
NOME EDILSON BORGES DA SILVA	NOME EDUARDO COSTA DA SILVA	3º SGT PM ALBUQUERQUE
ASSINATURA	ASSINATURA	ASSINATURA 
DATA 24/02/2020	LOCAL Acrelândia-AC	

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **032.224.682-22** 4 - Nome completo da vítima: **ERICO DA COSTA SILVA**

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

5 - Nome completo: **ERICO DA COSTA SILVA** 6 - CPF: **032.224.682-22**  
7 - Profissão: **RECUSO-ME** 8 - Endereço: **RUA JOAO MIRANDA BARBOSA** 9 - Número: **87** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: \_\_\_\_\_ 12 - Cidade: **REDENÇÃO** 13 - Estado: **AC** 14 - CEP: **69.945-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **4158** **0** CONTA: **14284** **0** 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **RIO BRANCO AC 10/03/21**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Erico da Costa Silva**  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_



Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 10741075  
 Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

Segunda Via

ERICO DA COSTA SILVA  
 R. JOAO MIRANDA BARBOSA, 87

**ENERGISA ACRE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA**

RUA VALERIO MAGALHAES 226  
 BOSQUE - RIO BRANCO - AC - CEP 69.900-685  
 CNPJ 04.065.033/0001-70 - IE: 0100414100148

INDEFINIDO -  
 CEP 69.945-000 - REDENCAO - AC  
 CPF 032.224.682-22 RG 12398462 SSP AC 19-08-16  
 Roteiro: 023.03.10.000044

Atendimento: 0800 647 7196 www.energisa.com.br

Para contato com a empresa,  
 informe este número

Código Único  
**0097152-9**

Duvidosa: 0800-721-5848 (Dh às 18h)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares							
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado	Numero FO
05/02/2021	11/01/2021	09/02/2021	13/03/2021	29	09/02/2021	02/2021	
Cod. Fat. 1.1.1.1	Classe/Subclasse Residencial	Ligação Monofásica	Posto	Forma Faturamento Normal	Motivo FO		
Consumo	Medidor 7256168	Leit. Atual 4585	Leit. Anterior 4434	Constante Fatur. 1.00000	NPL 5	Cons. Medido 152	Cons. Faturado 152

Historico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
01/2021	122	TUSD (*) 38,29	Consumo 152 kWh a 0,863812	0,595340	131,29
12/2020	49	TE (*) 38,57	Contribuição de Iluminação Pública (COSP)		9,95
11/2020	104	Transmissão 3,85	Adicional Bandeira Amarela - 2,03		
10/2020	97	Encargos 9,79			
09/2020		Tributos 40,79			
08/2020		(*) TUSD Tarifa de Uso de Sistema de Distribuição; TE - Tarifa de Energia			
07/2020					
06/2020					
05/2020					
04/2020					
03/2020					
02/2020					
Media 12 meses	93	Pis 1.0845 % - 1,42			
		Cofins 4.9955 % - 6,55			

Indicadores de Continuidade - 12/2020				
Cj	127 - TAQUARI	Realizado	Trimestral	Anual
Meta	11,72	1,72	23,44	46,89
DIC	5,54	2,00	11,09	22,18
FIC	6,05	1,15	6,05	6,05
DMIC				

=> Tensão Contratada - 127V Faixa Adequada - 116 a 133V

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS	Vencimento	Valor a Pagar
131,29	25,00	32,82	01/03/2021	R\$ 141,24
Reservado ao Fisco				
810C 5C1B 6AFD 5A57 7BE2 0D21 0952 0C53				



Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o débito de sua conta de energia em sua conta bancária.  
 Código para débito automático: 0097152-9

ENERGISA ACRE - DISTRIBUIDORA DE ENE

UC	Mês Faturado	No. FO	TC	Vencimento	Valor a Pagar
00971529	02/2021	00	6	01/03/2021	R\$ 141,24





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

digitado e impresso em: 01/03/2020 às 16:02:18

REGISTRO PACIENTE  
ERICO DA COSTA SILVA

IDADE  
24

CLINICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO  
225



EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT+DI: 24/02/20</p> <p>#FX FEMUR DIARISARIO DIRT EXPOSTA</p> <p>#FX TIBIA DIARISARIA DIRT EXPOSTA F.E.</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO.</p> <p>EF: PERUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CD-HC DE CONTROLE</p> <p>ORIENTADOR/VISITADOR: ANTONIO ISSE</p>	<p>1- DIETA VO LIVRE SNS</p> <p>2- SF 0.9% 500ML IV 8/H <i>14 2204</i></p> <p>3- DIFERONA 1GR EV DILUIDO 8/H <i>10/6/2004</i></p> <p>4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0.9% IV 8/H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 8/H <i>10/6/2004</i></p> <p>5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/H HRS SIN <i>10/6/2004</i></p> <p>6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SIN</p> <p>8- CUIDADOS GERAIS ✓</p> <p>9- CEFTRIAXACINO 400MG IV 2X DIA <i>10/6/2004</i></p> <p>10- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA <i>10/6/2004</i></p> <p>11- TILATIL 20MG IV 2X DIA <i>10/6/2004</i></p> <p>12- CLEAXNE 40MG SC 1X DIA <i>10/6/2004</i></p> <p>13- NORBURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p> <p><i>Dr. Wilson Hoffmann S. da Silva</i> PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2286</p>	<p>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>02/03/20 10h 07:00 01500</p> <p>paciente vindo orientado, com medicação, volando por um MSE, ausente de cuidados, medicado e em tratamento da ferida. Auf. Chetov 5813 04</p>



Govorno do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE



Unidade: \_\_\_\_\_

## FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA: 21-08-2022 HORA: 21:30 MUNICIPIO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

UNIDADE SOLICITADA

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSIS BRASIL     | <input type="checkbox"/> XAPURI            | <input type="checkbox"/> CRUZEIRO DO SUL | <input type="checkbox"/> MANDEL URBANO   |
| <input type="checkbox"/> SENA MADUREIRA   | <input type="checkbox"/> ACRELÂNDIA        | <input type="checkbox"/> MÂNCIO LIMA     | <input type="checkbox"/> RODRIGUES ALVES |
| <input type="checkbox"/> SENADOR GUIOMARD | <input type="checkbox"/> BUJARI            | <input type="checkbox"/> FEIJÓ           | <input type="checkbox"/> JORDÃO          |
| <input type="checkbox"/> BRASILEIA        | <input type="checkbox"/> PLÁCIDO DE CASTRO | <input type="checkbox"/> TARAUACÁ        | <input type="checkbox"/> OUTROS          |

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: 1283

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: \_\_\_\_\_

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 X F. CARDÍACA: 60 bpm F. RESPIRATÓRIA: 16 bpm TEMPERATURA: 35,9 °C

MOTORISTA: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	( + + + + + + + + )	SIM	NÃO	( + + + + + + + + )
	X	DESIDRATADO		X	CIANÓTICO
		DESNUTRIDO		X	ICTÉRICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA  VERBAL  SONOLENTO  CONFUSO  SEM RESPOSTA GLASGOW 15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

DIABETES  HAS  ICC  SEQUELA AVC  DPOC  OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA DOSAGEM MEDICAÇÃO USO DOSAGEM

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO	USO	DOSAGEM
...	...	...	...	...
...	...	...	...	...

EXAMES COMPLEMENTARES:

EKG   TORAX

ALTERAÇÕES   RX ABDOMEN

TOMOGRAFIA  RX OUTRO

LABORATORIAL

HB HT LEUCO TGO TGP AMILASE URINA3

\_\_\_\_\_

GASOMETRIA

P02 PCO2 GLICEMIA

\_\_\_\_\_

HOSPITAL DE DESTINO:  PRONTO SOCORRO  SASMC  FUNDHACRE  HC  SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO: \_\_\_\_\_ CRM: 1283 MÉDICO REGULADOR: \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ COREM - AC

Geleles F. B. Vieira  
Enfermeiro  
CREM-AC - 303.205

OK

L-2253

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 103970

No. DO BE: 2702803 DATA: 24/02/2020 HORA: 23:54 USUARIO: CONCEICAO  
CNS: 700606438362165 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERICO DA COSTA SILVA DOC...: RGI239846-2  
IDADE...: 24 ANOS NASC: 15/03/1995 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO...: ROD AC 475 KM NUMERO:  
COMPLEMENTO...: BAIRO: VILA REDENCAO  
MUNICIPIO...: ACRELANDIA UF: AC CEP...: -  
NOME PAI/MAE...: JOSE NOGUEIRA DA SILVA /MARIA LEAL DA COSTA  
ESPONSAVEL...: ESPOSA-JAINA BARBOSA LIMA TEL...: 98117-7424  
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO ACRELANDIA  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO  
CASO POLICIAL...: SIM PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [100 X 77 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [77] SPO2 [95]

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente encaminhado de Acrelandia com historia de acidente de trânsito com queda de altura, com queda de cabeça, perda de consciência, presença de vômito e sangramento. Sem ferimentos visíveis, apenas hematomas. AR, MVF, sem murmúrios. A dor é localizada e insidiosa. Presença de trauma em M5D. Pulso distal presente.  
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 23/02/2020  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ ] VERDE [ ] AMARELO [ ] VERMELHO [ ] AZUL

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] No relato o paciente não apresenta dor.

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1 - Solucao 1% de brometo + Rx de rotina, por baixo da língua
- 2 - Avaliação Neurológica + Ultrassom
- 3 - Tylenol 100mg + 100mls SF0,9% 23:50
- 4 - Ceftriaxona 2g EV 23:50
- 5 - S.A.T + D.T.O.

DATA DA SAIDA: 23/02/2020 HORA DA SAIDA: 23:50

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

Paciente de 24 anos, encaminhado em 23/02/2020 às 23:50h no trauma, de S.M.V. procedente de Acrelandia. História de queda de altura com queda de cabeça, perda de consciência, presença de vômito e sangramento. Sem ferimentos visíveis, apenas hematomas. AR, MVF, sem murmúrios. A dor é localizada e insidiosa. Presença de trauma em M5D. Pulso distal presente.

S. B. Vitor  
Lorenac - 388.293

Lote: 032455 Código: F04 2 209  
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
 SARTORI - LINEFIX  
 TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL  
 Feb.: 17/10/2019 Val.: 10/2024  
 Registro Anvisa Nº 80083650031  
 Material ACO INOX/ALUMINIO

Lote: 027105 Código: AF35 6 480  
 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R  
 X C X 4,5 X 200 X T  
 Feb.: 17/10/2019 Val.: 10/2024  
 Registro Anvisa Nº 80083650026  
 Material ACO INOX F158

Lote: 032455 Código: F04 2 209  
 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEA  
 SARTORI - LINEFIX FEMUR T  
 350 - ESTERIL  
 Feb.: 17/10/2019 Val.: 10/2024  
 Registro Anvisa Nº 80083650031  
 Material ACO INOX/ALUMINIO

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
 Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.br

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
 Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.br

Lula Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP  
 CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP  
 Tel: +55 19 3536-1910 info@sartori.ind.br

HORÁRIO: 01:40'	HORÁRIO: 02:30'	HORÁRIO: 03:00
PA: 110X58 mmHg	PA: 112X55 mmHg	PA: 114X70 mmHg
FC: 88 bpm	FC: 87 bpm	FC: 102 bpm
SPO2: 94%	SPO2: 100%	SPO2: 99%

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:

01:25 paciente com antecedência de setor em risco, comorbidade comu-  
 nicativa, expresse, risco alergia e patologias de base em  
 instabilidade no nível. portadora de um uso de não profu-  
 ra exposta em função e função de risco, comorbidade  
 de alta complexidade de ser submetido a cirurgia  
 ortopédica.  
 O paciente encontra-se em estado de instabilidade  
 alterada.

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 02/03/2020 às 06:08:25



REGISTRO

PACIENTE

ERICO DA COSTA SILVA

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

225

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07+DI: 24/02/20	1- DIETA VO LIVRE <i>500g</i>		
RFX FEMUR DIARISARIO DIRT EXPOSTA	2- SF 0,9% 500ML IV 8/H <i>14 2 20 06</i>		
RFX TIBIA DIARISARIA DIRT EXPOSTA - F.E.	3- DILPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/H <i>10 16 22 04</i>		
PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNÁ DIRT. NO MOMENTO.	4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 8/H <i>10 16 22 04</i>		
EF. PERFUSAD + NEUROLÓGICO DO MTD PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO	5- FLASIL 10MG EV DILUIDO 8/H HRS SIN		
CD:HC DE CONTROLE	6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SIN		
ORIENTADOR/VISITADOR: RODRIGO VICX	8- CUIDADOS GERAIS		
	9- CIPROFLUXACINO 400MG IV 2X DIA <i>10 22</i>		
	10- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA <i>10 22</i>		
	11- TILATIL 200MG IV 2X DIA <i>10 22</i>		
	12- CLEXANE 40MG SC 1X DIA <i>10 22</i>		
	13- NORBUPURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 2X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)		

Dr. Wilber Hoffmann S. da Silva  
CRM - Oncologia e Traumatologia  
CRM - AC 2286

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 103970  
Numero do CNS...: 700606438362165  
Nome...: ERICO DA COSTA SILVA  
Documento...: RG1239846-2 Tipo :  
Data de Nascimento: 15/03/1995 Idade: 24 anos  
Sexo...: MASCULINO  
Responsavel...: JOSE NOGUEIRA DA SILVA  
Nome da Mae...: MARIA LEAL DA COSTA  
Endereco...: ROD AC 475 KM  
Bairro...: VILA REDENCAO Cep.: 00000-000  
Telefone...: 98117-7424  
Município...: 1200013 - - AC  
Nacionalidade...: BRASILEIRO  
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2702803  
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
Leito...: 999.0138  
Data da Internacao: 24/02/2020  
Hora da Internacao: 23:59  
Medico Solicitante: 001.879.612-55 - VANESSA DE FRANCA DOMINGOS  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico...: NAO INFORMADO  
Identif. Operador: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

332335838

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



Unidade: UMA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

24 - DATA: 02-2020 | HORA: 21:50 | MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: Plácido de Castro  
NOME DO PACIENTE: Enina do Couto Silva (SANO)

UNIDADE SOLICITADA

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSIS BRASIL     | <input checked="" type="checkbox"/> XAPURI     | <input type="checkbox"/> CRUZEIRO DO SUL | <input type="checkbox"/> MANOEL URBANO   |
| <input type="checkbox"/> SENA MADUREIRA   | <input checked="" type="checkbox"/> ACRELÂNDIA | <input type="checkbox"/> MÂNCIO LIMA     | <input type="checkbox"/> RODRIGUES ALVES |
| <input type="checkbox"/> SENADOR GUIOMARD | <input type="checkbox"/> BUJARIP               | <input type="checkbox"/> FEIJÓ           | <input type="checkbox"/> JORDÃO          |
| <input type="checkbox"/> BRASILEIA        | <input type="checkbox"/> PLÁCIDO DE GASTRO     | <input type="checkbox"/> TARAUAÇA        | <input type="checkbox"/> OUTROS          |

MÉDICO SOLICITANTE: CRM: 1283

DIAGNÓSTICO: trauma agudo MTD

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: avaliação e tratamento adequado em unidade ortopedica

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 x F. CARDÍACA: 80 bpm | F. RESPIRATORIA: 16 bpm | TEMPERATURA: 35,8 °C

MOTORISTA:

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	( + + + + + )	SIM	NÃO	( + + + + + )
	<input checked="" type="checkbox"/>	DESIDRATADO		<input checked="" type="checkbox"/>	CIANÓTICO
	<input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO		<input checked="" type="checkbox"/>	ICTÉRICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA ( ) VERBAL ( ) SONOLENTO ( ) CONFUSO ( ) SEM RESPOSTA | GLASGOW: 15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

( ) DIABETES ( ) HAS ( ) ICC ( ) SEQUELA AVC ( ) DPOC ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO USO	DOSAGEM
<u>Dipiridamol</u>	<u>150 mg EV</u>		
<u>Montenex</u>	<u>10 mg EV</u>		
<u>Imobiliz. gesso</u>	<u>(mão MTD)</u>		

EXAMES COMPLEMENTARES

ECG ( ) ( ) TORAX  
ALTERAÇÕES ( ) ( ) RX ABDOMEN  
( ) TOMOGRAFIA ( ) RX OUTRO

LABORATORIAL

HB HT LEUCO TGO TGP AMILASE URINA I

GASOMETRIA

PO2 PCO2 GLICEMIA

HOSPITAL DE DESTINO:  PRONTO SOCORRO ( ) SASMC ( ) FUNDHACRE ( ) HC ( ) SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO

CRM: 1283

MÉDICO REGULADOR

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE

NOME: [assinatura]

FUNÇÃO:

CRM:

COREM - AC

Geleciery S. B. Vieira  
Emergentes  
COREM-AC - 308.203

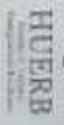
DR. André

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFIRMAR ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 05/03/2020 às 10:39:10



REGISTRO PACIENTE **ERICO DA COSTA SILVA**

IDADE **24**

CLINICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B**

LEITO **225**

EVOLUCAO	PRESCRICAO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT*DI: 24/02/20</p> <p>RFX FEMUR DIAPHSARIO DIRT EXPOSTA</p> <p>RFX TIBIA DIAPHSARIA DIRT. EXPOSTA F.E.</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PERNA DIRT</p> <p>EP. PERLUSAO + NEUROLOGICO DO MD PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CD. CIRUR AGENDA 09:03 - RODRIGO JHC</p> <p>ORIENTADOR VISTADOR: MARCELO PIARENÇA</p>	<p>1- DIETA VO LIVRE <b>507</b></p> <p>2- SF 0,9% 500ML IV 8BH <b>142206</b></p> <p>3- DIFENHIDRAMINA 1GR EV DILUIDO 81SH (INTERCALAR COM O ITEM 4)</p> <p>4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8BH <b>142206</b></p> <p>5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 818 HRS S/N</p> <p>6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N <b>1622</b></p> <p>8- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA <b>1622</b></p> <p>9- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA <b>1622</b></p> <p>10- CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE <b>20</b></p> <p>11- CLEVAJAN 40MG SC 1X DIA <b>16</b></p> <p>12- NORFURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p> <p>13- CUIDADOS GERIASTRIC/V</p> <p><i>Dr. Ricardo Hoffmann S da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296</i></p>	<p><b>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</b></p>	<p><i>Sob os 17:00hs foi ela. Para ser bombe no lado com queixo da fratura da perna deve ser curado + curado proibido Realizado curativo no M.I. F. curado Sfo, q.1. Curativo + curado 70/100 diagnostico: Ve; lesão Sob os 17:00hs foi ela. Para ser bombe no lado com queixo da fratura da perna deve ser curado + curado proibido Realizado curativo no M.I. F. curado Sfo, q.1. Curativo + curado 70/100 diagnostico: Ve; lesão</i></p>



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERR

SAME / HUERR

CÓPIA

HORA DE CHEGADA 01:25' CENTRO CIRÚRGICO SALA 01 DATA 25/02/2020  
NOME DO PACIENTE CARO DA COSTA SILVA ID 024

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (x) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA (x) LOCAL ( ) OUTROS (x) sedação

INÍCIO DA ANESTESIA 01:35 TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO DE FERIDA

INÍCIO DA CIRURGIA 01:45 TÉRMINO DA CIRURGIA 02:45

CIRURGIÃO DR. NELSON AUXILIAR(ES) DR. VICK + DR. PAULO MARCELO

ANESTESISTA DR. CÍDIO + DR. PLÁVIA INSTRUMENTADOR ROEMILDO

CIRCULANTE SIBRILE + SUZANNE ENF. JANE FRESCORA

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 100x32	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/RAQUE 26x35	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA 5cm
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 400mm
IPRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
HAZEPAN	ATADURA DE CREPON 30cm	GORRO 17x17
ILUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
OPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
PINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
UROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
IDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
EFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO 17x17
ETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 21x27
DOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
DOCAÍNA GEL	C TRAQEOSTOMIA Nº	MÁSCARA 17x17
ANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ETRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
ORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
AVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 200ml
ROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO 200ml
ASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 17x17	PROPE 17x17
ROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
AFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
DRO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
DRO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
DRO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
OPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
AMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
LATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
DLUVEN 8%	FIO MONONYLON 3,0	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
SE 0,9% Lavagem	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX

Nome \_\_\_\_\_

Matrícula

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

Clínica \_\_\_\_\_

Enf. / leito \_\_\_\_\_

Data / Hora

### RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

12.03.20 7:20 Acordado Nat, supnuc, hipoxado por  
 queixas alérgicas, diurise espontânea (+) PA 133/88 mmHg  
 SPO<sub>2</sub> 100%, FC 95 bpm, FR 20 rpm T<sub>ax</sub> 37°C após 02 medicações  
 liberado para enfermagem com vitais orientados por Jarda com posse  
 9<sup>00</sup> Realizado banho alívio + curativo MID, sem sinais flogísticos  
 leve sedação, aceita dieta oferecida. Enf. Jarda.

10<sup>05</sup> em c.p PA 128/77 mmHg SPO<sub>2</sub> 100% FC 102 bpm Transferido para  
 enfermaria para cont. de TI: em BEG, AUP MSD e I HU em curso  
 T<sub>ax</sub> 36.8°C Enf. Jarda com 146856

paciente acordado no leito, sem  
 sinais de infecção, monitorado, supnuc, orientado  
 dieta oferecida, medido em, não há  
 queixas PA 120x80 mmHg T<sub>ax</sub> 36.8°C

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

# HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE PATOLOGIA CLINICA

R. 364 MC 2/A - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP. 69914220 - Tel.: 6922264336  
 CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente.: ERICO SILVA  
 Requisicao: 20.PC.1.003495  
 Identif...: 00000000

A-48 (EXT)

Idade.: NINF  
 Requis.: 14/03/2020

JS. Origem.: FUNDHACRE PACIENTE INTERNADO  
 Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

hemacias (em milhoes):...	3,33	mm <sup>3</sup>	VR: 4,5 a 6,1 H:3,0 a 5,4 milhoes
hemoglobina:.....	8,98	g/dL	VR: 8:12,8 a 16,2 H:11,3 a 14,5g/dL
hematocrito:.....	21,90	%	VR: H:40 a 54 H:36 a 48 %
MC:.....	83,78	fL	
MCH:.....	26,96	pg	
MCHC:.....	32,18	g/dL	

### LEUCOGRAMA

leucocitos Globais:.....	8.240	/mm <sup>3</sup>	VR: 4.000 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
linfocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
linfocitos Absolutos:.....	0	mm <sup>3</sup>	
monocitos:.....	6	%	VR: 2 a 4 %
monocitos Absolutos:.....	494,40	mm <sup>3</sup>	
neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 %
neutrofilos Absolutos:.....	0	mm <sup>3</sup>	
basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
basofilos Absolutos:.....	0	%	
plaquetas:.....	0	%	VR: 2 a 4
plaquetas Absolutas:.....	0	mm <sup>3</sup>	
glicocitos:.....	71	%	VR: 36 a 66 %
glicocitos Absolutos:.....	5.850,40	mm <sup>3</sup>	
reticulocitos:.....	15	%	VR: 25 a 45 %
reticulocitos Absolutos:.....	1.236	mm <sup>3</sup>	
eritroides:.....	0	%	VR: 2 a 10 %
eritroides Absolutos:.....	659,20	mm <sup>3</sup>	
esferocitos:.....	0	%	VR: 0 %
esferocitos Absolutos:.....	0	mm <sup>3</sup>	
plasmocitos:.....			

hematocrito:..... 512,000 mm<sup>3</sup> VR: 150 - 450/mm<sup>3</sup>

criado por DRA JOQUEIDE DOS S BRASIL-CPF 444 80/AC em 14/03/20 as 11:56 Colata 14/03/20 as 08:05 Impresso 14/03/20

*Manoela*  
 HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO  
 CONFERE COM O ORIGINAL

14  
03  
2020

Cristiano dos Santos  
FUNDHACRE

Alb.  
328485863  
**FUNDHACRE**  
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

71312020  
HC

700 6064 3836 2168

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

Nome: Enite da Costa Silva

Número do Prontuário: 468106 Data: 09/03/20 Hora: 11:00

Seção: A Quarto:          Leito: 48

Data do Nascimento: 15/03/95 Naturalidade: Rio Grande

Nacionalidade: Brasilian Sexo: M Cor:         

Estado Civil: Casado  
PIS PASEP RG CPF CERT. NASC. 1239846-2

Profissão: Mateador Funerário Religião: Evangelico

Endereço Residencial: Estado Ac 475 Zila Redenção

Endereço: Z Rural Cidade: Arelândia Estado: Acre Tel.: 98107742

Endereço do Trabalho:         

Endereço:          Cidade:          Estado:          Tel.:         

Profissão: José Nogueira da Silva e M= Neal da Costa

Nome do Cônjuge: Saine Barbosa Nunes

Nível de Escolaridade: Básico Fundamental Incompleto

Médico Responsável: Dr. Rodrigo Minuano

Nome do Responsável: Saine Barbosa Nunes

RG do Responsável: 043.450-A

Endereço do Responsável: O mesmo







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

digitado e impresso em: 27/02/2020 às 10:49:04

REGISTRO PACIENTE  
ERICO DA COSTA SILVA

IDADE 24

CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 225

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT+DI: 24/02/20</p> <p>#FX FEMUR DIAFISARIO DIRT EXPOSTA</p> <p>#FX TIBIA DIAFISARIA DIRT. EXPOSTA - F.E.</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO.</p> <p>EF. PERFUSAO + NEUROLOGICO DO M.D. PRESERVADOS. FO. COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CD-HEMOTRANSFUSAO LIBERADO. SOL. NOVO HMG</p> <p>VISITADOR/ ORIENTADOR: ROMEIRO TEOFILO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SVD</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 8H/12 25 04</p> <p>3. DIFPIRONA 1GR EV DILUIDO 6H/12 15 25 04</p> <p>4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6H/12 15 25 04</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8H 3RS SA</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SA</p> <p>8. CUIDADOS GERIAIS ✓</p> <p>9. CIPROFLOXACINA 400MG IV 2X DIA 12 25 04</p> <p>10. GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA 12 25 04</p> <p>11. TILATIL 20MG IV 2X DIA 12 25 04</p> <p>12. CLEXANE 40MG SC 1X DIA 12 25 04</p> <p>13. MORFURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p>	<p style="text-align: center;">SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>PTS. ORIENTADOS 18:00H</p> <p>Que hoje tomou banho</p> <p>de higiene tomou banho</p> <p>de cama + vestes. FOTO.</p> <p>Realizou + medições c.m.</p> <p>As 12:15 Doc DE</p> <p>Ureterina 7:55 604</p> <p>As 09:45 Doc DE</p> <p>FAZTA MURTO. medicação</p> <p>com as medicações</p> <p>Ureterina 7:55 604</p> <p>As 09:45 As do dia</p> <p>28/02/2020 limando</p> <p>Amethonufusão de 1</p> <p>Balão de # 5511 com</p> <p>olhoçoço. Foto 15. Dany corral/ac</p> <p>02.13.66</p>

OME: Trice da Costa Silva

IDADE: 24a REGISTRO:

ENFERMARIA: CIDITO 0218

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
25/02/20	# Evolução. Externa de Esmara. dução de Dinita. GIII + FX. reporta de Tábica dução de D. GIII.	01 Dita U.O livre. 02 SFR. 500ml EL/8/8horas 03 ciprofloxacino 400ms EV c/12/12horas 04) Guantomicina 240ms + 350ml SFR. EV c/ 24/24horas 05) levoone 40ms SC 1x/dia 06) Dinita 1g EV c/16/16h 07) Fabinodal 100ms 08) Plavix 10ms 100ms SFR. 09) Tábica 20ms EV c/12/12h 10) curotino 10ml. 11) Penicilina perfusão na vulas.	5ND 12:20 10:22 14 16 16:20 12:20	03 de Feb. ocorrida dia suplicia, res- pondera, encami- nhada a CEB em esperança de cura medica. PA. 115x70 mmHg. FC: 78bpm. SFR. 94% Fonte: Maria da Silva M. S. Enfermeira COE/ENF. 39.922
	Acidente. Último de acidente de Trabalho. Motivo: campo. 60ms de no dia de hoy an			
	16:30. Tábica de Cidada de Aroulândia. Gulo SAMU.			
	Exome fixa. De, delemis doct, adimo. 4/4 + Vano perfusão de MID paravado.			
	(Di) Evoluca 2º turno + J.C.			

*[Handwritten signature and stamp]*

705604



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Clinica \_\_\_\_\_

Enferm. / leito POI

UTI - leito 01

MATRÍCULA

Data Nasc. 1/1 Sexo M  F

Nome Erico da Costa Silva

Observações \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 11/03/20

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
1)	- Dieta livre		SND.
2)	- Kef 500ml (co) 2/24h		14-24-08
3)	- Clindamicina 600mg (co) 2/24h		18-24-22-04
4)	- Gentamicina 240mg (co) 18/dia		24h
5)	- Dexametasona 4mg (co) 2/24h		18-24-18-24-02-06
6)	- Ibuprofeno 400mg (co) 18/dia		(06) NT
7)	- Suplen 100mg (co) 2/24h		18-24-06
8)	- Nasol 100mg		
9)	- SE 10mg		
10)	- Pantam 25mg (co) 2/24h se		SND.
11)	- RA 71600 100mg		
12)	- Eloxone 400mg (co) 18/dia		2/2.
13)	- FST maraca		FST.
14)	- Montex curativo fechado		cont.
15)	- Clonazepam 0,5mg (co) 18/dia		2/2.

Dr. Fabiano de Macedo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

**CONFERE COM O ORIGINAL**

HUERB

ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  
PROTOCOLO DE MANCHESTER

( ) CLÍNICO  
( ) ODONTO  
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE	Erick silveira 29 anos		IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Dor SEM DESMAIOS SEM CEFALÉIA / SEM TONTURA			
FLUXOGRAMA	SEM SINAIS NEUROLÓGICOS			
DISCRIMINADOR	SEM SINAIS NEUROLÓGICOS			
PARÂMETROS	PA: <u>CT</u> X mmHg	Temp: <u>36,2</u> °C	Sat. O2: <u>98</u> %	Pulso: <u>70</u> bpm
	ESCALA DE DOR	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Glicemia: <u>100</u> mg/dL
CLASSIFICADOR (cambio e assinatura)	<u>ALTA</u>	HORÁRIO DA CR: <u>10:00</u> Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura: <u>NEURAC</u>	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO	<u>NEURAC</u>			

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As \_\_\_\_\_ horas, administrado medicação conforme prescrição médica

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

Anotações/Intercorrências:

*Dra. Claudiana Lima  
Neurologista  
CRM 138-90*

03.01.01.017 - 0  
ATENIMENTO / NÃO  
AVALIAÇÃO INTERNADO

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As: 00:00H 25/02/2020

- ASINUS ECGRAFICAMENTE NORMAL
- SEM SINAIS DE INTERFERÊNCIA

Dr. Kela  
CRM 864 AC

**SAME / HUERB**  
**CÓPIA**

**CONFORME ORIGINAL**

A 03:15 P. Paciente encaminhado ao CC conforme pedido médico. Rt único, emprego, acordado e colaborativo. Bitado AUP em MSD.

03:25 - Paciente admitido no CC p/ procedimento ortopédico

*Geleider S. B. Vieira  
Enfermeira  
COREN-AC - 388.293*

*Jaqueline  
Neural Centro de Análises*

*Jaqueline Maria da Silva Vers  
Enfermeira*



HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
PATOLOGIA CLINICA

Pag.: 002

AV. 288 2ª ET. 4/4 - ZONA INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP. 69914220 - TEL.: 3621264224

CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente.: ENIO DA COSTA SILVA POT-01 (EXT)  
Requisição: 20.PC.1.002115  
Identif...: 00000000

Idade.: NINF  
Requis.: 10/03/2020

US. Origem.: FUNDACRE PACIENTE INTERNADO  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

POTASSIO

*Manife*  
CONFERE COM O ORIGINAL

Amostra: Soro

Metodologia: ELETRODO SELETIVO

Resultado: 3,67 mmol/L

INTERFERENTES: BEMOLISE, POTASSIO

VR: 3,0 a 5,2 mmol/L

Elaborado por: LUIZ GUILHERME N FERREIRA CRP/AC 487 em 10/03/20 às 06:10 Coleta 10/03/20 às 05:56 Impresso 10/03/20

CLORETOS

Amostra: Soro

Metodologia: ELETRODO SELETIVO

Resultado: 9,76 mmol/L

VR: 80 a 108 mmol/L

Elaborado por: LUIZ GUILHERME N FERREIRA CRP/AC 487 em 10/03/20 às 06:10 Coleta 10/03/20 às 05:56 Impresso 10/03/20

CALCIO

Amostra: Soro

Metodologia: COLORIMETRICA

Resultado: 8,06 mg/dL

VR: 8,4 a 10,2 mg/dL

Elaborado por: LUIZ GUILHERME N FERREIRA CRP/AC 487 em 10/03/20 às 06:10 Coleta 10/03/20 às 05:56 Impresso 10/03/20

MAGNESIO

Amostra: Soro

Metodologia: Colorimetrica

Resultado: 1,51 mg/dL

VR: 1,8 a 2,6 mg/dL

Elaborado por: LUIZ GUILHERME N FERREIRA CRP/AC 487 em 10/03/20 às 06:10 Coleta 10/03/20 às 05:56 Impresso 10/03/20



HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 221-3880  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.1.000208  
Num. do BE: 02702803

Idade...: 24A  
Requis.: 25/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: VANESSA DE FRANCA DOMINGOS

Cons. Regional: 2198

S<sup>o</sup> Or...: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
ERITROGRAMA

Hemácias (em milboesi)	4	mm <sup>3</sup>	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 m
Hemoglobina	11	g %	VR: H:13 a 18 M:12 a 16
Hematócrito	32,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48
VCM	80	u3	VR: 78 - 98 u3
HCM	27,50	uug	VR: 27 - 32 uug
CRCM	34,30	g/dl	VR: 32 - 36 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 25/02/20 as 00:33 Coleta: 25/02/20 as 00:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado: ..... 122.000 /mm<sup>3</sup> VR: 150 a 400.000 / mm<sup>3</sup>

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 25/02/20 as 00:33 Coleta: 25/02/20 as 00:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

~~IMPRESSO EM 25/02/20 10:05~~

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 KM 8/9 - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP.69014220 - Tel.: 0682264336  
CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente.: ERICO SILVA  
Requisicao: 20.PC.1.003495  
Identif...: 00000000

A-48 (EXT)

Idade.: NINE  
Requis.: 14/03/2020

US. Origem.: FUNDHACRE PACIENTE INTERNADO  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

VELOCIDADE HEMOSSSEDIMENTACAO

Material: Sangue Total

Metodologia.....	Westergren		
Primeira hora:.....	110,00	mm	Homem: 2 a 5 mm Mulher: 4 a 10 mm
Segunda hora:.....	130,00	mm	Homem: 6 a 16 mm Mulher: 7 a 20 mm

*Handwritten signature*  
HOSPITAL DAS CLINICAS DO RIO BRANCO  
CONFERE COM O ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por DRA JOQUINHA DOS S BRASIL-CRF 444 RO/AC em 14/03/20 as 11:41 Coleta 14/03/20 as 08:03 Impresso 14/03/20

PESQUISA DE PROTEINA C REATIVA

PROTEINA C REATIVA 49,0 mg/L VA: < 5 mg/L  
METODO-IMUNOTURBIDIMETRIA  
AMOSTRA:SORO

Liberado por LUIZ GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 487 em 14/03/20 as 09:37 Coleta 14/03/20 as 08:05 Impresso 14/03/20



Handwritten text at the top of the page, appearing to be a list or notes, but is extremely faint and illegible.

Main body of handwritten text, consisting of several paragraphs. The text is very faint and mostly illegible, but appears to be a continuous piece of writing.



FUNDHACRE

# FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema <u>OC/HC</u>		MATRÍCULA <input type="checkbox"/> <u>168406</u>	
Data <u>09/03/2020</u>	Ent.	Leito	
Idade	Cor	Altura	Peso
Grupo Sang.	PA	Pulso	
Temp.	Resp.	Hemácias	Leucóc.
Glicemia	Uréia	Creat.	Bil. Dir.
Ap. Resp.	A asma	Bronquite	Complicância
Ap. Circ. Ecg	Alergia <u>REGM</u>		
Ap. Digestivo Dentis	Pescopo		Peça Dent.
Estado Mental	Drogas em Uso		
Aparelho Urinário			

Diagnóstico Pré Op.		Asa <u>5</u>	Risco
Anestesia Anteriores		Hora <u>18:30</u>	Efeito
Medic. Pré-Anest.			
Hora	<u>18:30</u>	<u>19:30</u>	<u>20:30</u>
GASES	O <sub>2</sub>		
	N <sub>2</sub> O		
Insufic.			
Temp. Fi.	36	36	36
240			
220			
200			
180			
160			
140			
120			
100			
80			
60			
40			
20			

- Símbolos**
- X
  - o
- DROGAS ADMINISTRADAS**
- 1° FURAZOLAM 10MG
  - 2°
  - 3° ROXITANOL 150MG
  - 4° CLONIDINA 90MG
  - 5°
  - 6°
  - 7°
  - 8°
  - 9° K. TRANSENFILOLG
  - 10°
  - 11°
  - 12°
  - 13°
  - 14°
  - 15°

TÉCNICA: TROVANESELA + SEDACAS  
 CIRURGIAS: ENTROSTOMIA RENO E TROVA  
 CIRURGIAS: PERITONEO + VENTRIS  
 MONITORAÇÃO: EEG TOX + PRNT 1  
 OBS: PULSAÇÃO UNICA, 1-4, 26G, 11R4, SI INTERCOMENÇA

Carimbo  
 Dr<sup>a</sup> Waléya Melo  
 Médica Anestesiologista  
 CRM 1923/AC

ANESTESIOLOGISTA





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

digitado e impresso em: 06/03/2020 às 10:10:39

HUERRB  
Hospital de Urgência e Emergência Regional

REGISTRO PACIENTE  
ERICO DA COSTA SILVA

IDADE 24

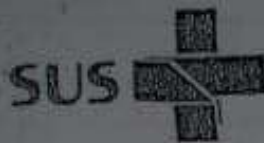
CLINICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO 225

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT+DI: 24/02/20</p> <p>WFX FEMUR DIAPHRASARIO DIRT DIRT EXPOSTA</p> <p>WFX TIBIA DIAPHRASARIA DIRT EXPOSTA -FE</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PENNA DIRT</p> <p>EF. PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MDG PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CO CIRURJ AGENDA 09/03 - RODRIGO -HC</p> <p>ORIENTADOR/VISITADOR: MARCELO PIENETA</p>	<p>1- DIETA VO LIVRE SAUD</p> <p>2- SF 0,5% 500ML IV 8/8H</p> <p>3- DIPPURONA 1GR EV DILUIDO 8/8H (INTERCALAR COM O ITEM 4)</p> <p>4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H</p> <p>5- PLASL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SA</p> <p>6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SIN</p> <p>7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA</p> <p>8- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA</p> <p>9- CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE</p> <p>10- CLEXANE 40MG SC 1X DIA</p> <p>11- NORFURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p> <p>12- CUIDADOS GERIASISSIV 20TT/VA</p> <p>13- AGENDADO 09/03 CLENTE</p>	<p>14 23</p> <p>15 16</p> <p>16 22</p> <p>17 20</p> <p>18 16</p> <p>19 16</p> <p>20 16</p> <p>21 16</p> <p>22 16</p> <p>23 16</p> <p>24 16</p> <p>25 16</p> <p>26 16</p> <p>27 16</p> <p>28 16</p> <p>29 16</p> <p>30 16</p> <p>31 16</p> <p>01 16</p> <p>02 16</p> <p>03 16</p> <p>04 16</p> <p>05 16</p> <p>06 16</p> <p>07 16</p> <p>08 16</p> <p>09 16</p> <p>10 16</p> <p>11 16</p> <p>12 16</p> <p>13 16</p> <p>14 16</p> <p>15 16</p>	<p>Não ogha os JASH</p> <p>pacote enotivo de PDP</p> <p>dito, com o nome de</p> <p>febre, com o nome de</p> <p>focos de infecção</p> <p>gargas, com o nome de</p> <p>diabete, com o nome de</p> <p>que medicação de Ceftria</p> <p>AS 06:30h estudado</p> <p>atual no período</p> <p>nao refere queixas</p> <p>algais, medicado em</p> <p>segue aos cuidados</p> <p>de enfermagem, faz</p> <p>pedido com 259985-AC</p>

SAME / HUERRB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Dr. Wilson  
PRM - CRM - R. 2736  
CRM - AC 2736



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



25/02/2020

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: **ERICO DA COSTA SILVA** Idade: **24** Sexo: **M** Cor:  Registro / BE: **2702307**

Sel. proc:  PSA  PSF  CCA  CCB  CMA  CMB  CC  UTI

Altura: **1,75** Peso: **78** PA (mmHg): **120/80** P (bpm): **70** FR (rpm): **16** Tax (°C): **36,5** Sat O<sub>2</sub> (%): **98** Grupo Sangu: **O+** Fator Rh: **B+**

Hi: **12** Hb: **15** Leuco: **10.000** Glicose: **100** Uréia: **15** Creatinina: **0,8** BT/BD/BI: **10/10/10** TGO/TGP: **10/10**

Indicação Pré-Operatória: **Fr. EXPOSTA FEMUR (B) E TIBIA (D)**

Ad. Resp:  Asma  Bronquite MV: **EUPNEICO** Complacência: **-**

ACV: **EUCARDICO** ECG: **SINUSAL** Alegrias: **NEGA**

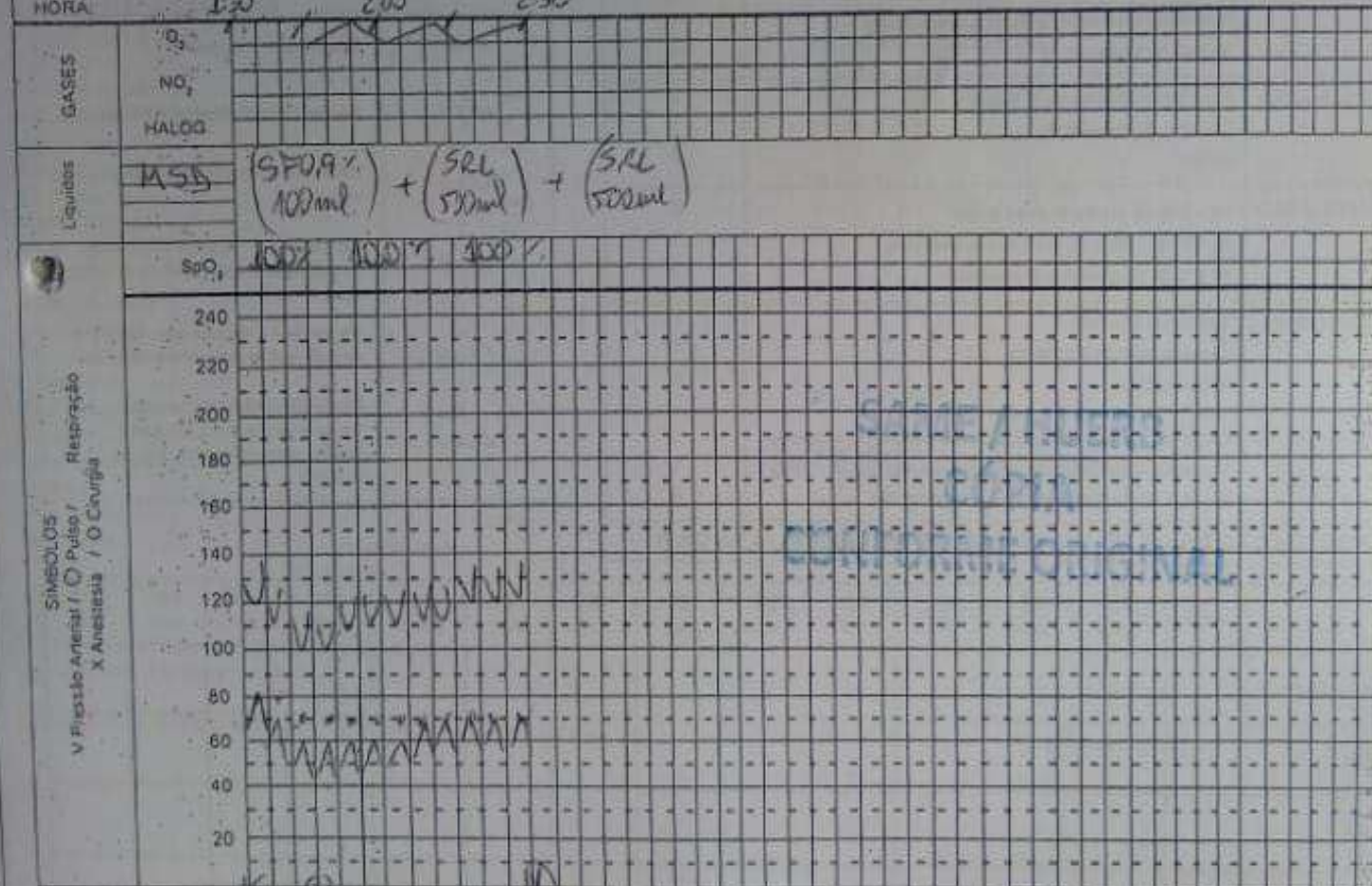
Ap. Digestivo/Dentes: **JEIUM > 8h** Peçoço: **-** Peças Dent.: **-**

Ap. Urinário: **1/5 VD** Drogas em Uso: **-**

Estado Mental: **LUTE**

Anestésias Anteriores: **-** ASA:  1  2  3  Risco: **-**

Medicação Pré-anestésica: **-** Hora: **-** Efeito: **-**



DROGAS ADMINISTRADAS

- MIDAZOLAM 5mg (B)**
- FENTANIL 25mcg (B)**
- OPB: HIPER 15mg (B) RACU**
- MORFINA 30mg (B)**
- CEFALOTINA 2g (B)**
- DIPIRONA 3g (B)**
- ETILEFRINA 15mg (B)**
- TRANSAMIN 3g (B)**
- 
- 

Técnica: **RÁPIDA ANESTESIA** Monitorização: **PBI + ECG + SPO<sub>2</sub>**

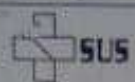
Cirurgia: **COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO** Ap. Resp.:

Cirurgião/Auxiliar: **DR. NELSON + DR. VICK** Ap. CV.:

Obs.:

Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): **DR. GIL RICARDO**

Dr. **Nelson Galvão**  
 CRM-AC 2100



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

**HUERB**

2 - CNES

4 - CNES

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

**EURICO DA COSTA DA SILVA**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**710106106143181316121165**

8 - DATA DE NASCIMENTO

**15/03/95**

9 - SEXO

Masculino  Feminino

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

**MARIA LEAL DA COSTA**

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

**8111774124**

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

**RODOVIA AC 475 B-VILA PEDERÇÃO**

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

**ACRELÂNDIA**

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - C.I.F.

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de trânsito colisão motocicleta x camionete. Apresentando sonolência e fratura exposta de MIB.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

**SAME / HUERB  
CÓPIA**

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

**CONFORME ORIGINAL**

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

**Politrauma / ICE**

24 - CID 10 PRINCIPAL

**Fratura exposta de MIB**

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

**S829 U234**

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

**0408050500**

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) 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 - CNP. DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNP. EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO  EMPREGADOR  AUTÔNOMO  DESEMPREGADO  APOSENTADO  NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*[Assinatura e Carimbo]*

# BALANÇO HIDRICO



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Paciente: **020-10, 40, 80** Lote: **01** Registro: **24**  
 Endereço: **Trav. do Centro Sudo.** Idade: **24**  
 Diagnóstico: **1º PO Queimadura de 1ª e 2ª D**  
 Data da internação: **09, 03, 80** DI: **01**

HORA	DEXTRO	HORA

HORA	PROCEDIMENTOS		Nº dias	PROCEDIMENTOS		Nº dias	PROCEDIMENTOS		Nº dias	PROCEDIMENTOS		Nº dias	PROCEDIMENTOS	
	Máscara de oxigênio	Tubo		Tracheostomia	Tratamento		Alimentação	Medicação		Exames	Tratamento		Medicação	Exames
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HORA	CONTROLE HIDRICO										SINAIS VITAIS										VENTILAÇÃO								
	INFUNDIDO					ELIMINADO					FG	TC	PA	PAM	PUC	F	P	V	FR	P	S	T	P	S	P				
VO	STING-ONE	GORO	Medic. Injetado	DVA	Beba-Case	Mama	NPT	Z	Urina	SHG																Crema	HO	FC	PR
7													133	37.8	135	97	100	16											
8									200				114	36	138	96	100	20											
9				30					300				119	35.4	133	98	100	23											
10	180			100					300				119	35.4	133	98	100	23											
11	180								300				119	35.4	133	98	100	23											
12									300				119	35.4	133	98	100	23											
13	180								300				119	35.4	133	98	100	23											
14	180								300				119	35.4	133	98	100	23											
15									300				119	35.4	133	98	100	23											
16									300				119	35.4	133	98	100	23											
17									300				119	35.4	133	98	100	23											
18									300				119	35.4	133	98	100	23											
19									300				119	35.4	133	98	100	23											
20	180								300				119	35.4	133	98	100	23											
21									300				119	35.4	133	98	100	23											
22									300				119	35.4	133	98	100	23											
23									300				119	35.4	133	98	100	23											
24									300				119	35.4	133	98	100	23											
P/F									300				119	35.4	133	98	100	23											
1h									300				119	35.4	133	98	100	23											
2									300				119	35.4	133	98	100	23											
3									300				119	35.4	133	98	100	23											
4									300				119	35.4	133	98	100	23											
5									300				119	35.4	133	98	100	23											
6	180								300				119	35.4	133	98	100	23											
Totall									300				119	35.4	133	98	100	23											

ENTRADA	3.300	SAIDA	1.800	TOTAL	1.500
OBSE	Estef. Carlos				

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RICARDO  
 CONFERE COM CAR. VI

NOME DO PACIENTE: Erico de Costa Silva

IDADE: 24a OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de fêmur distal e fratura T  
fratura de tíbia distal e fratura distal - GII

CIRURGIA PROPOSTA: DC + Fixador externo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: A mesmo

DATA: 25/02/20

CIRURGIÃO: Dr Wilson Marquzini / Dr Rodrigues

1º AUXILIAR: Dr Paulo

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA: Dr Cid

ANESTESIA:

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ( ) SIM (X) NÃO

DESCRIÇÃO:

SAME / FUERA

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO ( ) SIM (X) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(X) ENFERMARIA ( ) CT ( ) RESIDÊNCIA ( ) OBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA  
Paciente com DDH sob anestesia  
Assupção + colocação de compes externos



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

digitado e impresso em: 25/02/2020 às 12:14:54

REGISTRO

PACIENTE

ERICO DA COSTA SILVA

IDADE

24

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

228

HUERB

225

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT+DI: 24/02/20</p> <p>RFX FEMUR DIAPISARIO DIRT EXPOSTA</p> <p>RFX TIBIA DIAPISARIA DIRT, EXPOSTA F.E.</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO.</p> <p>EF. PEREUSAO + NEUROLOGICO DO MD. PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO.</p> <p>CO-SOL. EXAMES PRE OP</p> <p>VISITADOR/ ORIENTADOR: MARCELO PIEMENTA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <b>5L/5</b></p> <p>2. SF 0,9% SODCL IV 800ML IV 800H <b>14 2206</b></p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 66H <b>10 16 22 09</b></p> <p>4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 800 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 60H <b>10 16 22 09</b></p> <p>5. FLASEL 10MG EV DILUIDO 800 HRS SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SN</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CIPROFLOXACIMO 400MG IV 2X DIA <b>10 22 16</b></p> <p>10. GENTAMICINA 240MG + SF 500ML IV 1X DIA <b>10 22 16</b></p> <p>11. TILATIL 20MG IV 2X DIA <b>10 22 16</b></p> <p>12. CLEXANE 40MG SC 1X DIA</p> <p>13. MORFINUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p>	<p>SAME / HUERB</p> <p>CÓPIA</p> <p>CONFORME ORIGINAL</p>	<p>As 07:00 o paciente foi avaliado, com sinais vitais estáveis, consciente, com nível de consciência adequado, acoriação normal, saturação de oxigênio normal, não há sinais de infecção aguda, não há sinais de desidratação, não há sinais de hipotensão, não há sinais de hipertermia, não há sinais de hipoxemia, não há sinais de hipercapnia, não há sinais de hipotensão, não há sinais de hipertermia, não há sinais de hipoxemia, não há sinais de hipercapnia.</p> <p>Alfina Rodrigues Téc. Enfermagem CORENAC - 52357</p>
	<p>Alfina Rodrigues Téc. Enfermagem CORENAC - 52357</p>		<p>Atenção Ref. cirurgia de fêmur e tibia realizada no fôlego do paciente. Sem sinais de infecção aguda, não há sinais de desidratação, não há sinais de hipotensão, não há sinais de hipertermia, não há sinais de hipoxemia, não há sinais de hipercapnia.</p> <p>Socle Cláudia enfermeira apoiando o paciente paciente. Sem sinais de infecção aguda, não há sinais de desidratação, não há sinais de hipotensão, não há sinais de hipertermia, não há sinais de hipoxemia, não há sinais de hipercapnia.</p>



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

digitado e impresso em: 04/03/2020 às 10:39:56



REGISTRO

PACIENTE

ERICO DA COSTA SILVA

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

225

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT+DI: 24/02/20</p>	<p>1- DIETA VO LIVRE 5V3 2- SF 0.9% 500ML IV 6/8H 14 3/2 0/6 3- DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/8H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0.9% IV 6/8 H 14 2/2 0/6 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 6/8 HRS S/NL 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/NL 7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 3/2 0/6 8- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA 15 9- TLATIL 20MG IV 1X DIA 10 10- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 11- INCRIPURUM 1 AMP + SF 100ML - COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 12- CUIDADOS GERAIS ✓</p>	<p>14 3/2 0/6 10 3/2 0/6 10 3/2 0/6</p>	<p>05/03/2020 às 8:45 pdt. lido medicamento sem graves TE: Cerebelo</p>
<p>EF: PERPUSAO + NEUROLÓGICO DO MID PRESERVADOS: FO COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CD: HC DE CONTROLE - OK</p> <p>ORIENTADOR: NINISTADOR: MARCELO PIMENTA</p>	<p>OK Wally Jefferson S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2255</p>	<p>SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL</p>	<p>05-03-20 - Bom 7:00h com 15h. Paciente em con- tinua de cuidado e quem todo em Tem po e expulso. us. remido, acetona de dia quente e profunda AVP em MSE, mcp e medel. Bodo emulso. rem quiesca no momento TE: Nódulo / cap (misp 5/15)</p>

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Cônico da Costa Silva  
 Data de Nascimento: 15/08/1995 Idade: 24a Gênero:  M  F Nº Registro/BE: 2702803  
 Exames Pré Transfusionais: P.A.I.  Negativo  Positivo P.C.  Compatível  Incompatível TH  Negativo  Positivo  
 Clínica/Enfermaria: CC73 Leito: 225 Nº SUS: 700.6064.3836.2165

2. INFORMAÇÕES DOS HEMOCOMPONENTES LIBERADOS

ABO/RH	NÚMERO DAS BOLSAS
<u>B+</u>	<u>68812022002</u>

AG. TRANSF. - HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO BRANCO - HUERB

PACIENTE: NOME Cônico da Costa Silva  
 Nº FORTUÁRIO: 2702803  
 ENFERMARIA: CC73 LEITO: 225 ABO/RH: B+

DOADOR: Nº DE DOAÇÃO: 68812022002 ABO/RH: B+  
 CH13 CP1 DRG1 PFC1 VOLUME: 376

PROVA DE COMPATIBILIDADE (P.C.)  
 Compatível  Incompatível  
 Não Realizada  Sistema Urgência

RESULTADOS ANTERIORES IRREGULARES (P.A.I.):  Negativo  Positivo

TESTE DE HEMOLISE:  Negativo  Positivo

DATA DO ENVIO: 26-02-2020  
 HORA DA LIBERAÇÃO: 10:00

2.2. INSPEÇÃO VISUAL DO SINAL VITAL DO PACIENTE - CO DE HEMOTERAPIA - AT/HUERB

1. Normal  2. Rótulo Não Integro  3. Coloração Anormal  4. Coágulo  5. Turvação  6. Sistema Violado  
 7. Outros: Indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s) Assinaladas de 2 a 7:

Em caso de incompatibilidade, indicar Nº(s) da(s) Bolsa(s):

3. CHECKLISTE E INSPEÇÃO VISUAL - CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

- Informações do Rótulo: Nome do Paciente, idade, ABO/RH, endereço de internação, volume, resultados dos testes e integridade do Rótulo.
- Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre completo, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
- Informações da RT e Protocolo de Liberação: Nome do Paciente, idade, ABO/RH, endereço de internação e número das bolsas enviadas.
- Caso haja informações divergentes, violação da bolsa e alteração de conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUÇÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº					2ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	T AXILAR	FR	FC	HORA	PA	T AXILAR	FR	FC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										

CÓPIA  
CONFIRME ORIGINAL

Foi observada Não Conformidade durante a checklist Inspeção Visual?  Sim  Não Descrição da Não Conformidade:

REGISTROS	3ª BOLSA Nº					4ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	T AXILAR	FR	FC	HORA	PA	T AXILAR	FR	FC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										

Foi observada Não Conformidade durante a checklist Inspeção Visual?  Sim  Não Descrição da Não Conformidade:

Nome \_\_\_\_\_

Matrícula

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

Clínica \_\_\_\_\_

Enf. / leito \_\_\_\_\_

Data / Hora

### RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

pac. bem comunicativo, lucido, orientado  
realizou banho de aspersão feito Frac.  
de espuma, aceita dieta oferecida, PV= 130x80  
mmHg

M<sup>o</sup>. Conceição França  
Téc. Enfermagem  
COREN-AC. 666.381

22/00 Tm 36.2 Pa 120 x 80 mmHg  
C/ta  
afet., eyes, pele e  
dieta e exames q/ta. 120

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO

QUANTIDADE

Nome \_\_\_\_\_

Matrícula

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

Clínica \_\_\_\_\_

Enf. / leito \_\_\_\_\_

Data / Hora

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

11.03.20 7:30 Sorvete, leite, exposto, higienizado, realizado exercício de mobilização F.O avaliada pelo Dr. - M. Diniz e realizado dreno de posturas. Enf. Vanda com 14856 -  
9:00 Realizado banho aspersão + curativo em F.O MID com presença de discreta perfuração peronea em parte inferior tibia Encaminhado no leito para realizar RX conforme solicitado. Enf. Vanda  
filme anexado ao prontuário.

8: O dia foi o 3º dia de POI de Ulceras de Ft. Tibial e Ft. Fibular. Relato melhora de quadro de dor intensa, acordado, sendo orientado no tempo e espaço, exposto ao ambiente - SPO2 100% - normoxia 69% - Rsp. + / +. Realizado o leito não pode colocar carga no MID. Não ocorreu veneno no MSE. Equilíbrio físico m. c. p. FO perfurada durante limpeza dos pontos de procedimentos. Enf. Vanda 35035 com filme

**DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO**

**QUANTIDADE**



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

TRAZIDO EXPEDIENTE DO PACIENTE  
digitado e impresso em 16/03/2020 às 15:29:14

HUERB  
Farmácia S.A. - Acre

REGISTRO PACIENTE

ERICO DA COSTA SILVA

IDADE


24

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

225

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT+DI: 24/02/20 #FX FEMUR, DIAFISARIO DIRT, EXPOSTA #FX TIBIA DIAFISARIA DIRT, EXPOSTA - F.E. PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM PERNA DIRT EF: PERFUSÃO + NEUROLÓGICO DO MID. PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CC-CIRUR AGENDA 09/03 - RODRIGO HC	1- DIETA VO LIVRE 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8H - <del>500 500</del> 3- DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SIN 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SIN 7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 8- GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA 9- CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE 10- CILEXANE 40MG SC 1X DIA 11- NORBUPURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 12- CUIDADOS GERAIS/SSVV 13- AGENDADO 09/03   <p>Erico da Costa Silva Oncologista CRM: 15515</p>	16h 16 22.04 para expulso	16:30 - Nintetabeb, empírica, calente, comunicativo, repulso em leite, realiza gar- de limpeza do corpo real em leite por familiar. Beita sueta, feita sueta teve tempo e com odor. 08/03/20 às 11:00h Paciente apresentado pelo seu responsável Paciente chegou no Pronto Socorro com hemorragia de difícil controle Tec. de Enfermagem CONSIM-388787

CONFORME ORIGINAL  
CÓPIA  
SAME / HUERB





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

digitado e impresso em: 28/02/2020 às 09:46:13

REGISTRO PACIENTE  
ERICO DA COSTA SILVA

IDADE  
24

CLINICA  
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

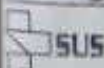
LEITO  
225

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT+DI: 28/02/20</p> <p>FX: FEMUR DIAPISARIO DIRT EXPOSTA</p> <p>FX: TIBIA DIAPISARIA DIRT: EXPOSTA - F.E.</p> <p>PACIENTE COM QUEIXA DE LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO.</p> <p>EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID. PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO</p> <p>CD: SOL. MEMOTRANSFUSAO DE 2CH IV</p> <p>VISITADOR/ORIENTADOR: NELSON MARQUEZINE</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <b>SND</b></p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 6/6H <b>14/2208</b></p> <p>3. DIFERONA 1GR EV DILUIDO 6/6H <b>10/16/2209</b></p> <p>4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 6/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/8H <b>10/16/2209</b></p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SIN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA SN</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA <b>10/22</b></p> <p>10. GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA <b>10</b></p> <p>11. TILATIL 20MG IV 2X DIA <b>10/22</b></p> <p>12. CLEXANE 40MG SC 1X DIA <b>10</b></p> <p>13. NORFURUM 1 AMP + SF 100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)</p>	<p><b>SAME / HUERB</b></p> <p><b>CÓPIA</b></p> <p><b>CONFORME ORIGINAL</b></p>	<p>PAR: OSOOURA AS 18:00H.</p> <p>PAR: LOTE 70470U BANC</p> <p>DE USOSAS T. OCUBO LUBC</p> <p>DE CARNO + UNITS. FORTO</p> <p>AVERTINO + MEXICANA</p> <p>CAN 20 12/12/20</p> <p>ATZ 12/12/20 705604</p> <p>S: 15 mg PALLIUM B</p> <p>Princípios farmacológicos</p> <p>Princípios farmacológicos</p> <p>FE: P. 1360623-</p>

*[Handwritten signature]*

A-48



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**HUERB**

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HC

2 - CHES  
4 - CHES

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Carlos do Costa Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO:   /  /  

9 - SEXO: 1 Masc. 3 Fem.

10 - RAÇA/COR  
10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ex femur diaf (D)  
+ Ex reporto de Tibio (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Paciente e/ou cirurgia agendado p/ o dia 09/03/20  
Ex femur diaf (D) + Ex Tibio (D)

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 ( ) CNS ( ) CPF  
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  
40 - Nº DO BILHETE  
41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA  
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. ORGÃO EMISSOR  
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

MASU

Jose  
CNS: 706306288363850  
CRM: 113-AC

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIC BRANCO**  
**CONFERE COM O ORIGINAL**

~~278~~  
2702803



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

L-225

Novo Acre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

010

Paciente: <u>Emilio do Costa Silva</u>		Idade	Letra	Região/UF
Sexo: <input type="checkbox"/> PMA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> OCA <input type="checkbox"/> ECB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UT				
<input type="checkbox"/> Raios	<u>Rx do femur e APT</u>	<input type="checkbox"/> USG		
<input type="checkbox"/> Outros	<u>Pa do perno APT</u>	<input type="checkbox"/> Escaridograma		
Indicação:				
Hipótese Diagnóstica:		<i>Dr. Welton Medeiros de Silva</i> PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296		
Indicação:				

Data: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO \_\_\_\_\_ Nº CONSELHO \_\_\_\_\_

Leitura:

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
 PATOLOGIA CLINICA

Pag.: 002

BR 164.001-0001 - ENDEREÇO INDUSTRIAL - RUA BRANCO - CEP 69014220 - FONE 3402244336

CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente...: ERICO DA COSTA SILVA POI -01 (EXT)

Idade...: NINF

Requisicao: 20.PC.1.002661

Requis.: 11/03/2020

Identif...: 00000000

US: Origem.: FUNDHACRE PACIENTE INTERNADO

Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias em milhões/mm <sup>3</sup> .....	3,38	mm <sup>3</sup>	VR: 4,5 a 6,1 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	8,50	g/dL	VR: 12,0 a 16,3 g/dL x 15,5g/dL
Hematócrito.....	28,35	%	VR: 36 a 54
Hct.....	62,43	g/dL	
Hct.....	28,19	g/dL	
Hct.....	11,88	g/dL	

LEUCOGRAMA

Leucócitos em milhões/mm <sup>3</sup> .....	10,901	/mm <sup>3</sup>	VR: 4.000 a 11.000 /mm <sup>3</sup>
Neutrófilos.....	0	%	VR: 0 a 7 %
Valor Absoluto.....	0	mm <sup>3</sup>	
Linfócitos.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	0	mm <sup>3</sup>	
Mielócitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm <sup>3</sup>	
Plasmócitos.....	0	%	VR: 0 a 3 %
Valor Absoluto.....	0	mm <sup>3</sup>	
Eosínofos.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	270	mm <sup>3</sup>	
Monócitos.....	96	%	VR: 3 a 10 %
Valor Absoluto.....	11,120	mm <sup>3</sup>	
Basófilos.....	0	%	VR: 0 a 2 %
Valor Absoluto.....	0,000	mm <sup>3</sup>	
Plaquetas.....	0	%	VR: 2 a 10 %
Valor Absoluto.....	1,172	mm <sup>3</sup>	
Retículo.....	0	%	VR: 0 %
Pl. Absoluta.....	0	mm <sup>3</sup>	

Imprimado em 11/03/2020 às 07:04 Imprimado em 11/03/20 às 07:04 Imprimado em 11/03/20

PESQUISA DE PROTEINA C REATIVA

PROTEINA C REATIVA 142 mg/L VR: 0 a 10 mg/L

METODO ENDOGENA

ANOTACAO

Imprimado em 11/03/2020 às 07:04 Imprimado em 11/03/20 às 07:04 Imprimado em 11/03/20

*Handwritten signature*  
 CONFERE COM O ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 26/02/2020 às 08:40:46



REGISTRO PACIENTE  
**ERICO DA COSTA SILVA**

IDADE **24**

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO **225**

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT-01: 26/02/20</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <b>SND</b> 2. SF 0.9% 500ML IV 8/8H 3. DIFPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100 MIG + 100 ML SF 0.9% IV 8/8H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 5. PLASL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS SIN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA SIN 8. CUIDADOS GERAIS <i>Notas</i> 9. CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10. GENTAMICINA 240MG + SF 100ML IV 1X DIA 11. TELATIL 20MG IV 2X DIA 12. CLEXYANE 40MG SC 1X DIA 13. NORFEPURUM 1 AMP + SF 100ML COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 14. HEMOTRANSFUSAO DE 1CH IV</p>	<p><b>12-20-04</b> <b>16-16-22-06</b> <b>14-20-02-08</b></p>	<p>Mais 08:30h os 16:00h paciente erico esteve no leito como sempre aberto, tomou banho toalha de lençol trou toalha de banho, higienizou perifoneos, higienizou cuniviva, foi medida do c.p.m. localizou a deriva operada</p> <p><i>22-02-2020 às 08:30h</i> <i>Exame no paciente</i> <i>perifericos evoluem</i> <i>do sem restar com</i> <i>confusões e agit</i> <i>ação. Foi pedio</i> <i>cond 259955 etc</i></p>
------------------------	--	--	--

*Dr. Wilson*  
*Pró-Reitor de Ensino e Tecnologia*  
*CFM - AC 2296*

**SAMUEL HUERB**  
**CÓPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**

225

HUERB  
 PATOLOGIA CLINICA

AV. NACDES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908820 - Tel.: 323-3680  
 CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
 Requisicao: 20.PC.2.001780  
 Num. do BE: 02702803

Idade.: 24A  
 Requis.: 27/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS<sup>CCB</sup>  
 Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

S<sup>or</sup>.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):	3,88	mm3	VR: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:	7,85	g/dL	VR: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
Hematocrito:	23,00	%	VR: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VCM:	79,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:	27,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:	14,30	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:	5.900	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinofilos:	8	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	472	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 2 %
Valor Absoluto:	0	%	
Sos:	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Segmentados:	69	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	4.071	mm3	
Linfocitos:	19	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	1.121	mm3	
Monocitos:	4	%	
Valor Absoluto:	234	mm3	
Mastos:	0	%	
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observacao:			

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/02/20 as 19:24 Coleta: 27/02/20 as 18:01-1a. Via Impressa: 27/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:	101.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 / mm3
------------	---------	------	-------------------------

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 27/02/20 as 19:24 Coleta: 27/02/20 as 18:01-1a. Via Impressa: 27/02/20

ITENS	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA (via de acesso - achados - cirurgia realizada - material utilizado)
01	Ligadura de híst
02	Bólipo promiel + ductet e Pa (Inv. Truque) após
03	anex de astes e suturab
04	Histerotom + híst p/ p/lor
05	Ligadura no p/lor do híst
06	Esquepa de 11 mm
07	Ligadura híst
08	Anexes suturab + astes
09	Bólipo promiel + ductet
10	Pa
11	híst + híst
12	Híst p/ p/lor
13	Ligadura híst
14	reaproxim de híst

ESQUEMA DOS ACHADOS - RELAÇÃO DE DRENOS/ESTOMAS

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_
- 10 \_\_\_\_\_

Conto  
 PEDRO MIMAS  
 CRM 74178

DATA 05/13/20  
 CRM AC 34V

  
 Assinatura do responsável  
 pela cirurgia

Paciente: ABO/Rh

B+

Bleusa Muciel  
Assistente e Cuidado Básico/Biomédico/Farmacêutico  
Responsável

10/05/2020

PROTÓCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: ERICO DA COSTA SILVA

Data de Nascimento: 1/1

Idade:

Gênero:  M  F

Nº Registro/BE: 468106

Exames Pré-Transfusionais:

F.A.T.  Negativo  Positivo

F.C.  Compatível  Incompatível

T.H.  Negativo  Positivo

Clínica/Enfermaria:

POI

Leito: 03

Nº SUS:

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

ABO/RH: \_\_\_\_\_ NUMERO DAS BOLSAS

C B+ 012200221006

H

P

F

C

C

P

CRIO-P

OUTROS

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - AT/FUNDACRE

- 1. Normal
- 2. Rótulo Não Integro
- 3. Coloração Anormal
- 4. Coágulo
- 5. Turvação
- 6. Sistema Viciado
- 7. Outros

Indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s) Anomalias de 2 a 7:

Em caso de incompatibilidade, indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s):

3. CHECKLIST E INSPEÇÃO VISUAL - CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

1. Informações do Rótulo: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de internação, volume, resultados dos testes e integridade do Rótulo.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre rompido, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
3. Informações da RT e Protocolo de liberação: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de internação e número das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação de bolsa e alteração do conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUÇÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº					2ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	TC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	EC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:

Foi observado Não Conformidade durante o checklist/inspeção visual?

- Sim
- Não

Descrição da Não Conformidade:

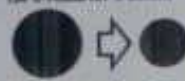
REGISTROS	3ª BOLSA Nº					4ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	EC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	EC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento:

*Handwritten signature*  
COMPENSAR COM O ORIGINAL

134°C - 7mm/121°C - 20mm



STEAM

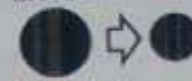


TST  
Tubo de Sulfato de Cálcio

REF 3725

LOT 002674

134°C - 7mm/121°C - 20mm



STEAM



TST  
Tubo de Sulfato de Cálcio

REF 3725

LOT 002674



FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO   
UTI   
AMBULATÓRIO

Nº REGISTRO: 468106  
DATA: 07/03/20  
SALA: 06  
COD. DO PROCEDIMENTO:

CARTÃO BUS

700 60 64 38 36 21 68

Nº DO LEITO: 48

NOME DO PACIENTE *Wico da Costa Silva*

PROCEDIMENTO REALIZADO *FX Exposta de Fêmur Direita + Exposta Tábua Direita*

TIPO DE ANESTESIA *Raqui + Sedação*

QTD	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONG.	DD.	UNID.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONG.	DD.	UNID.
1	Água 0.9% Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
1	Atropina 0.5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE nº				
1	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
1	MARCAIM PESADA 0,01%					un.	Atadura de Crepe				
1	DORSOLON					un.	Atadura Gessada				
1	LIDOCAÍNA 2 % SV					un.	Compresse 10 x 10				800 Pape
1	Fentatil					un.	Compresse 40 x 50				1000
1	LIDOCAÍNA 2 % CV					un.	Dreno nº				
1	Isoval					un.	Lâmina de Elistari nº				23 1
1	PROPORFOL					un.	EQUIPO				
1	Lidocaína Gel (Xylocain)					Per.	Ligas de Borracha nº				8025 1 BL
1	Tiopental (Thiopental)					un.	CÂTER INTRAVENOSO				
1	Succinilcolina (Quelcin)					un.	Seringa 5ml				1
1	Metoclopramida (Pasil)					un.	Seringa 10ml				1
1	Neostigmina (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				1
1	RONCURONIO					un.	Sonda nº				
1	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
1	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL nº				1 1
1	DECADRON					un.	FIO POLIESTER nº				
1	Ketofol					un.	CATEGUTE CROMADO nº				
1	Oclonazina-Su (Symbicort)					un.	CATEGUTE SIMPLES nº				
1	Metilergometrina (Metergin)					un.	MONONYLON nº				0 1000
1	HAUSEDRON					un.	ALGODÃO nº				
1	SEMOFANILAM					ml.	ÁLCOOL 70%				
1	ISOFURANEO					ml.	SOLUÇÃO DEGERMANTE				300ml
1	SORO GLICOSADO					ml.	SOLUÇÃO ALCOOLICA				300ml
1	SORO RINGER					un.	Entradas				1
1	SORO FISIOLÓGICO					un.					

CIRURGO: <i>Dr. Roberto</i>	CIRURJANTE: <i>Amir</i>	ANESTESISTA: <i>Waldemar</i>	HORA ENTRADA SO:	HORA SAÍDA SO:
COLABORADOR: <i>Mônica</i>	INSTRUMENTADOR: <i>Cláudio</i>	ENFERMEIRO: <i>Vanessa</i>	HORA INÍCIO ANESTESIA:	HORA FINAL ANESTESIA:

*Manoela*  
CONFERE COM O ORIGINAL



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: *Emilio da Costa Silva*

LEITO: ORTOPEDIA / POI L-03.

DATA: *10/03/20*

1. DIETA livre ..... *CS*
2. SRL 500ML EV 8/8 HORAS *19 20 06*
3. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6h *10 16 20 04*
4. GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA *20*
5. DÍPIRONA 1G EV 6/6 HORAS *10 16 20 04*
6. OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA ..... *06 VO*
7. TRAMAL 100mg  
PLASIL 10mg  
SF 0,9% 100ml } EV 8/8H LENTO... *14 20 08*
8. CLEXANE 40mg SC 1x ao dia ..... *20*
9. CAPTOPRIL 25 mg VO se PAS  $\geq$  160/ PAD  $\geq$  100. *SN*
10. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS ..... *Retina*
11. TRAMAL 1 CP VO DE 8/8 HORAS SE NÃO HOUVER O EV
12. TILATIL 1 AMP EV 12/12 HORAS *(30) 20*

*13- Clonazepam 0,5mg (VO) a noite 20.*

## EVOLUÇÃO MÉDICA

*POE Orto sintom. favor. Silva*  
*51 anhos*

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

Vinicius Magalhães CRM 1241AC

Rodrigo Minuano CRM 745AC

*16:45h Pod. a qual. a qual. intenso (51%)*  
*Seguindo duplo, hipomoculose*  
*ed. Steam Jurdia ZCH @ agerua*

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

*maio*  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIC BRANCO

CONFERE COM O ORIGINAL



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente de trânsito,  
apresentando contusão e fratura exposta de fêmur  
direito.

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

História da Doença Anterior: \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: Politrauma

Motivo da Cobrança: TCE  
fratura exposta de fêmur Direito

- 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/ FISILOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC

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

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAZDES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908820 - Tel.: 323-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.1.000208  
Num. do BE: 02702803

Idade.: 24A  
Requis.: 25/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: VANESSA DE FRANCA DOMINGOS

Cons. Regional: 2198

S. or.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	4	mm3	VR: M:4,5 a 6 M:4 a 5 m
Hemoglobina	11	g %	VR: M:13 a 18 M:12 a 14
Hematocrito	32,00	%	VR: M:42 a 52 M:37 a 48
VCM	80	fL	VR: 78 - 98 fL
HCH	27,50	ug	VR: 27 - 32 ug
CHCM	34,30	g/dL	VR: 32 - 36 g

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 25/02/20 as 00:33 Coleta: 25/02/20 as 00:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado: ..... 152.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 25/02/20 as 00:33 Coleta: 25/02/20 as 00:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

*[Handwritten signature]*  
Liberado por

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

POT L-01

NOME: ERIGO DA COSTA SILVA.

LEITO: ORTOPEDIA /

DATA:

1. DIETA livre ..... 00:30 08 24
2. SRL 500ML EV 8/8 HORAS ..... 04 10 16
3. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6h ..... 00:30
4. GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA ..... 04 10 16
5. DAPIRONA 1G EV 6/6 HORAS ..... 04 VO
6. OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA ..... 00:30
7. TRAMAL 100mg  
PLASIL 10mg  
SF 0,9% 100ml } EV 8/8H LENTO..... 00:30
8. CLEXANE 40mg SC 1x ao dia ..... 00:30
9. CAPTOPRIL 25 mg VO se PAS  $\geq$  160/ PAD  $\geq$  100.....
10. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS .....
11. TRAMAL 1 CP VO DE 8/8 HORAS SE NÃO HOUVER O EV .....
12. TILATIL 1 AMP EV 12/12 HORAS ..... 00:30 12

---

## EVOLUÇÃO MÉDICA

*[Handwritten Signature]*  
Dr. Vinicius Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

---

Vinicius Magalhães CRM 1241AC

Rodrigo Minuano CRM 745AC

*[Handwritten Signature]*  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE R. BRASILEIRA  
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
PATOLOGIA CLINICA

Pag.: 001

RUA 04 DE ABRIL, 179, CENTRO, PORTO ALEGRE - RS CEP. 91040-000 - TEL.: 3091-4428  
CGC - 53.602.940/0001-70

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA POI -01 (EXT)  
Requisicao: 20.PC.1.002667  
Identif...: 00000000

Idade.: NINF  
Requis.: 11/03/2020

US. Origem.: FUNDHACRE PACIENTE INTERNADO  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

VELOCIDADE HEMOSSSEDIMENTACAO

Material: Sangue Total

Velocidade (mm/h)	Referencia	Sexo	Idade
00,00		Homem: 2 a 5 an	Mulher: 0 a 10 an
123,00		Homem: 6 a 10 an	Mulher: 1 a 20 an

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Impresso por: DANIELA HELENA FARIAS TRINDADE em: 11/03/20 às 13:53 no(s) sistema: 11/03/20 às 07:36 Impresso: 11/03/20

*Manfre*  
HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
PATOLOGIA CLINICA

BR 104 KM. 07M. - BAIXADA HOSPITAL - RIO BRANCO - CEP. 69714220 - Tel.: 063210422E  
CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente...: ENIO DA COSTA SILVA R01-01 (EXT)  
Requisicao: 20.PC.1.002115  
Identif...: 00000000

Idade...: NINF  
Requis.: 10/03/2020

IS. Origem.: FUNDACRE PACIENTE INTERNADO  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

FOSFORO

Amostra: Soro  
Metodologia: Cinetica

Resultado: 4,30 mg/dL  
VR: 2,5 a 4,5 mg/dL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS, SAO PARA PACIENTES ADULTOS E JOVENS MAIXIA, DEPENDENDO DA METABOLICA E RENAL ANTIM UTILIZADA.

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
CORRIGIR COM O ORIGINAL

Realizado por LUIZ GUILHERME W FERREIRA (R01/AC 427) em 10/03/20 no Bloco C Coleta 10/03/20 às 05:56 Impressão 10/03/20

UREIA

Amostra: Soro  
Metodologia: Enzimatica

Resultado: 44,00 mg/dL  
VR: 14,6 a 40,5 mg/dL

Realizado por LUIZ GUILHERME W FERREIRA (R01/AC 427) em 10/03/20 no Bloco C Coleta 10/03/20 às 05:56 Impressão 10/03/20

CREATININA

Amostra: Soro  
Metodologia: Cinetica

Resultado: 0,75 mg/dL  
VR: 0,5 - 1,0 mg/dL

Realizado por LUIZ GUILHERME W FERREIRA (R01/AC 427) em 10/03/20 no Bloco C Coleta 10/03/20 às 05:56 Impressão 10/03/20

SODIO

Amostra: Soro

Resultado: 132,00 mmol/L  
VR: 130 a 140 mmol/L

Realizado por LUIZ GUILHERME W FERREIRA (R01/AC 427) em 10/03/20 no Bloco C Coleta 10/03/20 às 05:56 Impressão 10/03/20

NOME: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: 

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

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ Enf. / leito \_\_\_\_\_

Data / Hora

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

14/03/2020 Paciente comunicativo, lucido, orientado, sup-  
rno afável, normotenso, lipossado, imoq. Sque. ca. Asi-  
ta dista afutada, diurese presente, mucosas úmidas  
palando ACP, saturado CPm PA 120x80 mmHg Tax 36.5°C  
T<sub>ax</sub> 36.3°C

16:30L - saída de alta hospitalar, após RO  
de fratura de tibia, orientado para retorno  
retorno ambulatório.

Geana de Souza Fernandes  
Enfermeira  
CORENAC 065593

**DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO**

**QUANTIDADE**

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações



HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE  
PATOLOGIA CLINICA

BR 168 RUA 3/A, - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP 6914220 - TEL.: 06422/4335  
CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA POI -01 (EXT)  
Requisicao: 20.PC.1.002661  
Identif...: 00000000

Idade.: NINF  
Requis.: 11/03/2020

US. Origem.: FUNDACRE PACIENTE INTERNADO  
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

TRANSAMINASE - TGO

Amostra: Soro  
Metodologia: Cinetica

Resultado:..... 45,00 U/L

VR: de 40 U/L M- até 22 U/L

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS,  
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS E PODEM  
VARIAR, DEPENDENDO DA METODOLOGIA  
E APARELHAGEM UTILIZADAS.

Liberado por: LUIZ GUILHERME M. FERREIRA CRM/AC 487 em 11/03/20 às 10:05 Coleta: 11/03/20 às 07:04 Impresso: 11/03/20

GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE

Amostra: Soro  
Metodologia: Cinetica

Resultado:..... 47,00 U/L

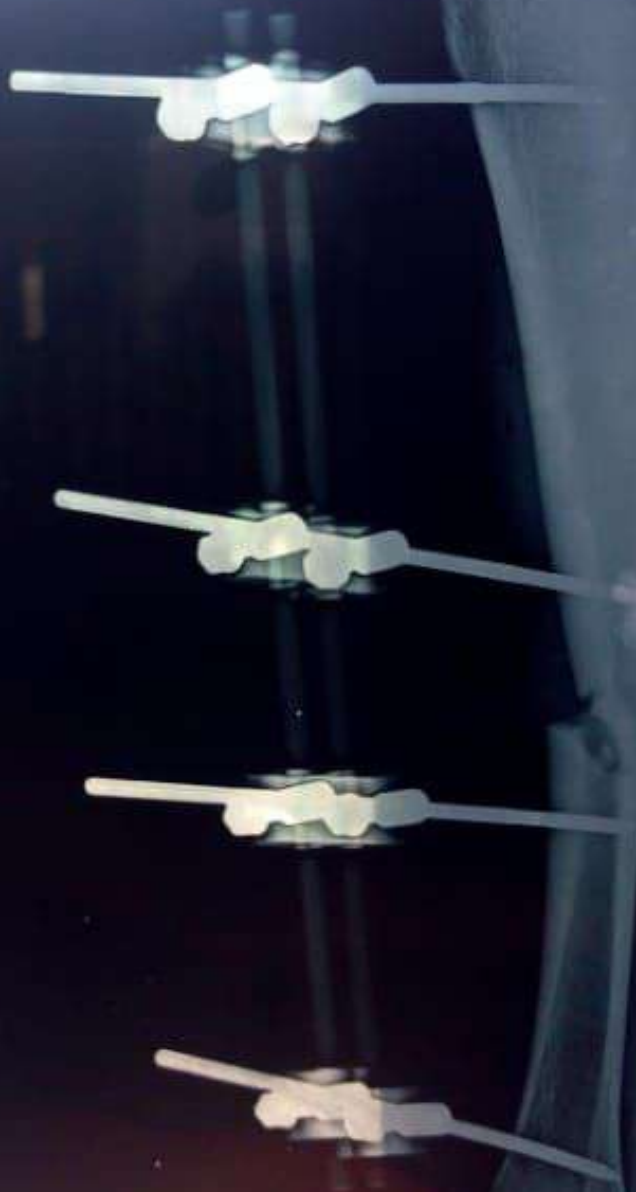
VR: 015 - 38 U/L - U 1/1

Liberado por: LUIZ GUILHERME M. FERREIRA CRM/AC 487 em 11/03/20 às 10:05 Coleta: 11/03/20 às 07:04 Impresso: 11/03/20

*Maifra*  
HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE - RIO BRANCO  
CONFERE COM O ORIGINAL

TECI

HUERE - RD MED EXP 26 02 2020  
ESCO DA COSTA ESILVA JM  
AL. 014 PERU. 01 01 01 01



TECI

228

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.2.001731  
Num. do BE: 02702803

Idade...: 24A  
Requis.: 25/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS *CCB*  
Solicitante: WESLEY HOFFMANN SANTOS DA SILVA

Cons. Regional: 2296

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3,16	mm3	VR: M:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	8,95	g/dL	VR: M:11 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	25,00	%	VR: M:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	79,20	fL	VR: 78 a 98 fL
RCM:.....	27,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.300	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	189	mm3	
Neutrofilos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Linfocitos:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	126	mm3	
Segmentados:.....	74	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.662	mm3	
Linfocitos:.....	18	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.134	mm3	
Monocitos:.....	3	%	VR: 4 a 9 %
Valor Absoluto:.....	189	mm3	
Plaquetas:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	

Microcitose  
Hipocromia

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: GLEICE ELIZABETH DA ROCHA MORAES 25/02/20 as 15:07 Coleta: 25/02/20 as 14:00-1a. Via Impressa: 25/02/20

*[Handwritten signature]*  
Gleice Elizabeth da Rocha Moraes  
Supervisora  
COPIA ORIGINAL



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

Clinica \_\_\_\_\_  
Enferm. / leito A/10  
UTI - leito \_\_\_\_\_

MATRÍCULA

Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M  F

Nome: CAIRO DA SILVA

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 14/09/2009

Observações: \_\_\_\_\_

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
1.	DIETA livre		SN
2.	SRL 500ML EV / HORAS		10:00
3.	GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA		10:00
4.	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		10:00
5.	DIPIRONA 1G + 20ml ABD EV 6/6H		10:00
6.	OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA		
7.	TRAMAL 100mg	EV 8/8H SN	
	PLASIL 10mg		
	SF 0,9% 100ml		
8.	GLEXANE 40mg SC 1x ao dia		15
9.	DEXAMETASONA 10MG EV 12/12H (SUSP)		
10.	TILATIL 20MG EV 12/12H		10:00
11.	CAPTOPRIL 25 mg VO se PAS >= 160/ PAD >= 100		
12.	CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS		rotine
13.	CURATIVO		10
14.	Fisioterapia Manual		15:00

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE JI-PARANÁ

Dr. Vinícius de Macedo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/AC 1241

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 190. - BOSQUE - RTO BRANCO - CEP.49908620 - Tel.: 223-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.2.001731  
Num. do BE: 02702803

Idade...: 24A  
Requis.: 25/02/2020

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: WESLEY HOFFMANN SANTOS DA SILVA

Cons. Regional: 2296

Sector.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 1 MINUTO 30 SEGUNDOS

VR: 1 - 5 minutos

Tempo de Coagulacao:.... 9 MINUTOS

VR: 2 - 10 minutos

Contagem de Plaquetas:... 97.100 /mm3

VR: 150 a 400.000 /mm3

\*\*\*\* TROMBOCITOPENIA ACENTUADA.

LIBERADO POR: OLIVEIRA ELIZABETH DA ROCHA MORAES 25/02/20 às 15:08 Coleta: 25/02/20 às 14:00-14: Via Impressa: 25/02/20

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Oliveira E. R. Moraes  
Elizabete  
CRMBR 17.047/M





OK  
225

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700 - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 6890820 - Tel.: 333-1080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.1.003040  
Num. do BE: 02702803

Idade.: 24A  
Requis.: 01/03/2020

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

Cons. Regional:

Local.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

## ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):	3,65	mm3	VR: 4,5 a 6 M, 4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:	10,20	g/dL	VR: 13 a 18 M, 12 a 16 g/dL
Hematocrito:	29,00	%	VR: 42 a 52 M, 37 a 48 %
VCM:	80,00	fL	VR: 79 a 98 fL
HCM:	28,00	pg	VR: 28 a 34 pg
CHCM:	34,92	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

## LEUCOGRAMA

Leucocytia Global:	13.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neutrofilos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinofilia:	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:	396	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	0	%	
Basofilia:	4	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:	528	mm3	
Segmentados:	80	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:	10.560	mm3	
Linfocitos:	9	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:	1.188	mm3	
Monocitos:	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:	528	mm3	
Blastos:	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observacao:			

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva  
Farmacologia - Biologia  
CRM 100

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/03/20 às 18:35 Coleta: 01/03/20 às 16:54-1a. Via Impressa: 01/03/20

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:	1 MINUTO	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:	5 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	208.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/03/20 às 18:35 Coleta: 01/03/20 às 16:54-1a. Via Impressa: 01/03/20

225

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. MACIEZ ORDEAN, 700, - BOSQUE - SDO BRANCO - CEP: 69908120 - Tel.: 225-3080  
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ERICO DA COSTA SILVA (EME)  
Requisicao: 20.PC.2.002087  
Num. do BE: 02702803

Idade.: 25A  
Requis.: 08/03/2020

US. Origem.: HUERB/PS *cc's*  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Or.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA  
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhões).....	3,58	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
Hemoglobina.....	10,10	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	29,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	81,40	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	28,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	34,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	14.000	/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.....	420	mm3	
Histiocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielócitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Ba. S:.....	4	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	560	mm3	
Segmentados.....	78	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	10.920	mm3	
Linfócitos:.....	5	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.260	mm3	
Monócitos:.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	840	mm3	
Riantos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observação:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES  
Farmacologia - Diagnostico  
CRP 005

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 08/03/20 as 16:12 Coleta: 08/03/20 as 15:13-1s. Via Impressa: 08/03/20

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	3	MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação.....	6	MINUTOS 36 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:.....	547.000	/mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 08/03/20 as 16:13 Coleta: 08/03/20 as 15:13-1s. Via Impressa: 08/03/20



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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: ERICO COSTA DA SILVA

ID paciente:

ID amost:

43

Data nascimento:

Idade:

24 Ano

Cód barra:

2001731

Tipo de amostra:

Soro

Sexo:

Masc

Data da coleta:

25/02/2020

D. N.:

CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	29	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 25/02/2020

Data/Hora teste: 25/02/2020

Data/Hora Impr.: 25/02/2020 14:56:06

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Francisco C. A. Mendes  
25/02/2020  
14:56:06



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

Clinica \_\_\_\_\_  
 Enfermaria \_\_\_\_\_  
 Leito \_\_\_\_\_

MATRÍCULA

Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo M  F

Nome \_\_\_\_\_

CIRURGIA ELETIVA  
 **URGENCIA**

Realizada em 25/03/20 Hora de início 19:00 Término 23:30 Duração 4:30

Cirurgia de  Pequeno porte  Médio porte  Grande porte

**EQUIPE CIRURGICA**

Cirurgião Responsável (a) Roberto Ribeiro CRM AE 745

Equipe cirúrgica U. N. M. Magalhães

Anestesista(s) Dr.(s) Valério

Instrumentador(a) Magalhães Sala de cirurgia 18

**DADOS SOBRE A CIRURGICA**

Diagnóstico pré-operatório Problema renal e túbulo repto C5

Relatório histopatológico \_\_\_\_\_

Achados per-operatórios - tubo costado na parede anterior  
- tecido de cicatrização (apêndice? pdo?)

Cirurgia realizada Fáscia + ducto + ureter e hecili retrocolit

Cirurgia curativa  Doença residual microscópica  Doença residual macroscópica  Patologia benigna

Intercorrência  **NÃO HOUVE** Descrição das intercorrências \_\_\_\_\_

Contaminação  Cirurgia limpa  Potencialmente contaminada  Contaminada  Cirurgia limpa  Suja

ITENS	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA (via de acesso - achados - cirurgia realizada - material utilizado)
1	inspeção e colocação de vasos
2	Prova médica no fígado
3	prova aórtica no cava
4	Prova de fio verde no fígado
5	Fáscia + ducto (9/16/20 1209/1)
6	Fáscia até 12 mm
7	tubo colit

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIC. B...  
**CONFERE COM O ORIGINAL**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E EXCLARECIDO

O termo descrito abaixo tem o objetivo de informar e esclarecer dúvidas quanto ao(s) exame(s)/procedimento(s) a ser(em) realizado(s), visando o cumprimento ético e legal quanto aos riscos do(s) exame(s)/procedimento(s). Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, paciente ou responsável, declaro que fui informado pelo(a) médico(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ de que as avaliações e exames realizados revelam alteração (ões) do estado de saúde, sendo diagnosticado

Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios, alternativas de tratamento, bem como fui informado sobre os riscos e benefícios de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s). Compreendo que durante o(s) procedimento(s) \_\_\_\_\_ para tentar curar, ou melhorar a(s) supracitada(s) condição(ões) poderá(ão) apresentar-se outra(s) situação(ões) ainda não diagnosticada(s) pelo(s) exame(s) acima referido(s), assim como também poderá(ão) ocorrer situações imprevisível(eis) ou fortuitas. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como citados, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Autorizo o médico identificado neste termo, bem como seus assistentes e/ou outros profissionais por ele selecionados a intervir no procedimento.

Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

Confirmando que li, recebi explicações, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente, assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

#### RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

#### PACIENTE

Nome: Erivaldo da Costa Silva

RG: \_\_\_\_\_

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Polegar Direito



*Raimundo da Costa Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL  
NOME

1239846-2

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

19/08/2016

ÉRICO DA COSTA SILVA

FILIAÇÃO

JOSÉ NOGUEIRA DA SILVA

MARIA LEAL DA COSTA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

15/03/1995


RIO BRANCO - AC  
DOC. ORIGEM

CERTD NASC 1140 FLS 122 LIV 3-A

PLÁCIDO DE CASTRO-AC  
CPF

032.224.682-22

2 VIA

  
SANDRO ROBERTO CUNHA RODRIGUES  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 80