TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO ACRE
PODER JUDICIÁRIO

RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU

Dados Básicos

Foro:	Acrelândia
Processo:	07003257720218010006
Classe do Processo:	Pedido de Juntada de Documentos
Data/Hora:	05/07/2024 08:34:13

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

Arquivos

Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_02 - 1-3.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-1-10 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-11-20 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-21-30 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-31-40 - 1-10.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-41-60 - 1-20.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-61-80 - 1-20.pdf
Anexo - Petição:	2839566_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02-81-90 - 1-10.pdf

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ACRELANDIA/AC

Processo: 07003257720218010006

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **EDUARDO COSTA DA SILVA,** em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório**,** vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo da vítima ERICO DA COSTA SILVA.

Importante informar que tal vítima **NÃO FAZ PARTE DO POLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA.**

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ACRELANDIA, 1 de julho de 2024.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072716/21

Vítima: ERICO DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2020

CPF: 032.224.682-22 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ERICO DA COSTA SILVA

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

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 10/03/2021	Data do cadastramento: 10/03/2021
Nome: ERICO DA COSTA SILVA	Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 032.224.682-22	CPF: 783.757.462-15
ERICO DA COSTA SILVA	GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 atrofias 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
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0072716/21

Vítima: ERICO DA COSTA SILVA **Data do acidente:** 24/02/2020

CPF: 032.224.682-22 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** ERICO DA COSTA SILVA

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

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 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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 10/03/2021	Data do cadastramento: 10/03/2021
Nome: ERICO DA COSTA SILVA	Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 032.224.682-22	CPF: 783.757.462-15
ERICO DA COSTA SILVA	GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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 atrofias 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
		Total	**52,5 %**	**R$ 7.087,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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
		Total	**35 %**	**R$ 4.725,00**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 atrofias 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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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"

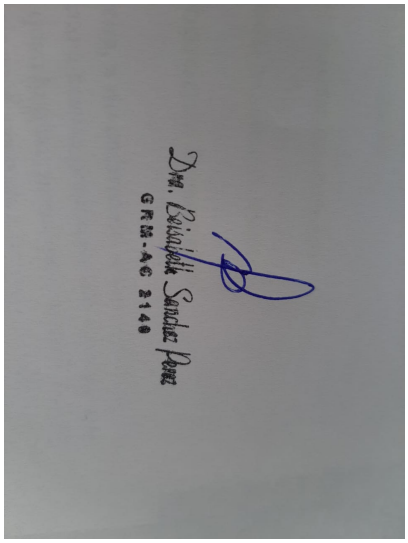
(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de

amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás 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:



Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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: INTERRUPÇÃO 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

DADOS CADASTRAIS

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)
AGÊNCIA: 4158 0 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14284 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

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

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

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPS 001 V002/2019

DETRAN ACRE Departamento Estadual de Trânsito	BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO	BAT/N.º 003/2020 3ª Cia/ 4º BPM/ CPOII Acrelândia

Local:	Município	UF
AC 475 – KM 45	Acrelândia	AC

Ponto de referência:	Data	Hora da Ocorrência	Dia da Semana	Zona
PROXIMO A VILA REDENÇÃO	24/02/2020	17:30horas	SEGUNDA - FEIRA	Rural (X) Urbana ( )

NATUREZA DO ACIDENTE	TIPO DE PAVIMENTO	CONDIÇÕES DA VIA	CONDIÇÕES DO TEMPO	N.º de veículos
Atropelamento ( )	Asfalto (X)	Seca (X)	Bom (X)	02
Colisão (X)	Concreto ( )	Molhada ( )	Chuva ( )	N.º de vítimas
Tombamento ( )	Paralelepípedo ( )	Oleosa ( )	Nublado ( )	02
Capotamento ( )	Cascalho ( )	Enlameada ( )	Garoa ( )	Sem vítima ( )
Choque com objeto fixo ( )	Terra ( )	Danificada (X)		Com vítima (X)
Outra: ( )	Areia ( )	Em obras ( )		

VEÍCULO 01 / CONDUTOR 01

Nome Condutor	Sexo	Data NASC.:	CPF:
EDILSON BORGES DA SILVA	M (X) F ( )	21/10/1957	096198522-49

Endereço:
BR 364 KM 84 RAMAL OCO DO MUNDO KM 05

1ª CNH	Categoria	N.º Registro	UF	Validade Carteira	Usava cinto	Usava capacete
Não Possui	------	----------	----	----------	(X) sim ( ) não	( ) sim ( ) não

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Município:	UF:
FORD/F4000	CARGA	NED 7415	Placido de Castro	AC

Nome proprietário	Endereço
Rivanil Santiago de Souza	ZONA RURAL PLACIDO DE CASTRO

CHASSI	Compareceu ao posto
9BFLF4745GB006614	SIM ( ) NÃO (X)

Avarias: Para-Choque Dianteiro e Farol lado Direito

PONTOS: Carro (X) / Moto ( )

Sentido Que Trafegava:
AC 475 – KM 45 sentido BR 364

Ação do Condutor
PERMANECEU NO LOCAL

Exame alcoólico realizado
Sim (X) Não ( )

VEÍCULO 02 / CONDUTOR 02

Nome Condutor	SEXO	Data Nasc	CPF:
EDUARDO COSTA DA SILVA	M (X) F ( )	----	041342192-99

Endereço:
AC 475 KM 46 VILA REDENÇÃO

1ª CNH	Categoria	N.º Registro	UF	Validade da Carteira	Usava cinto	Usava capacete
Não possui	---	---	---	---	( ) sim ( ) não	SIM

Marca/Modelo	Espécie	Placa	Município	UF
HONDA/CG 125	PASSAGEIRO	MZV 3258	RIO BRANCO	AC

Nome proprietário	Endereço
SANDRO ROBERTO SENA DAMASCENO	RUA ANIBAL VIANA 63 B. WANDERLEY DANTAS

CHASSI	Compareceu ao posto
9C2KC08104R080563	SIM ( ) NÃO (X)

Avarias
Roda dianteira completamente destruída e as bengalas amassadas

PONTOS: Carro ( ) / Moto (X)

Sentido Que Trafegava:
AC 475 – KM 45 sentido Acrelândia

Ação Do Condutor
Socorrido pelo SAMU

Exame alcoólico realizado
Sim ( ) Não (X)

VÍTIMAS

VITIMA Nº 01

Nome	Sexo:	Nasc/Idade:
EDUARDO COSTA DA SILVA	M (X) F ( )	

Endereço	Condição da vítima
AC 475 KM 46 VILA REDENÇÃO	Condutor (X) Passageiro ( ) Pedestre ( )

POLICIA MILITAR DO ESTADO DO ACRE
3ª CIA- 4º BPM/ CPO II - ACRELÂNDIA-AC
RUA GERALDO BARBOSA, 0735 – CENTRO, ACRELANDIA-AC - TEL 3235-1145

VITIMA Nº 02	Nome Erico da Costa Silva	Sexo: M (X) F ( )	Nasc/Idade: fls. 155 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 Vitima 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 transito se enquadra no Art. 309 do CTB (Conduzir veiculo sem Possuir CNH gerando Perigo de Dano), como as vitimas ainda sofreram lesões sendo que ambas sofreram fraturas na perna direita este ainda incorreu em crime de lesão corporal. Ainda incorreu em crime de transito o Condutor da motocicleta, este pelos mesmos motivos do conduzido, pois também conduzia veiculo 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 contraria de onde vinha à 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 pericia, porém, fomos informados pelo APC Robson que não fazem deslocamentos para pericia em acidente que não haja vitima 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 Transito 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	

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

DADOS CADASTRAIS

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)
AGÊNCIA: 4158 0 (Informar o dígito se existir) CONTA: 14284 0 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

TESTEMUNHAS

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

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

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

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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
INDEFINIDO -
CEP 69.945-000 - REDENCAO - AC
CPF 032.224.682-22 RG 12398462 SSP AC 19-08-16
Roteiro: 023.03.10.000044

ENERGISA ACRE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
RUA VALERIO MAGALHAES 226
BOSQUE - RIO BRANCO - AC - CEP 69.900-685
CNPJ 04.065.033/0001-70 IE 0100414100146

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

Ouvidoria 0800-721 5848 (08h às 18h)

Para contato com a empresa, informe este número

Código Único
0097152-9

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
05/02/2021	11/01/2021	09/02/2021	13/03/2021	29	09/02/2021	02/2021

Cod. Fat	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial	Monofasica		Normal		

	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur	NPL	Cons. Medido	Cons. Faturado
Consumo	7256168	4586	4434	1,00000	5	152	152

Histórico	kWh
01/2021	122
12/2020	49
11/2020	104
10/2020	97
09/2020	
08/2020	
07/2020	
06/2020	
05/2020	
04/2020	
03/2020	
02/2020	
Media 12 meses	93

Composição da Tarifa	
TUSD (*)	38,29
TE (*)	38,57
Transmissão	3,85
Encargos	9,79
Tributos	40,79

(*) Tarifa de Uso do Sistema de Distribuição (*) Tarifa de Energia

Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
Consumo 152 kWh a 0,863812	0,595340	131,29
Contribuição de Iluminação Publica (COSIP)		9,95
Adicional Bandeira Amarela - 2,03		

Pis 1,0845 % - 1,42
Cofins 4,9955 % - 6,55

Indicadores de Continuidade: 12/2020

Cj 127 - TAQUARI		uso	R$ 18,60
Meta	Mensal	Realizado	Trimestral	Anual
DIC	11,72	1,72	23,44	46,89
FIC	5,54	2,00	11,09	22,18
DMIC	6,05	1,15	6,05	6,05

=> Tensao 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 5C18 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 FD	TC	Vencimento	Valor a Pagar
00971529	02/2021	00	6	01/03/2021	R$ 141,24

83600000001 5 41240045000 0 00000000097 6 15290221006 0

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:HC DE CONTROLE ORIENTADOR/VISITADOR: ANTONIO ISSE	1- DIETA VO LIVRE SND 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 04 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 10 16 22 04 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 04 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8- CUIDADOS GERAIS 9- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 10- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 11- TILATIL 20MG IV 2X DIA 10 22 12- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 13- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2256	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	02/03/20 às 11:00h Pac: inconsciente, abrindo ocasionalmente em ameaça no período da manhã em a ingestão da dieta oferecida Tec. Jessica, coren 258737/TE 02/03/20 10hs 07:00 as 13:00 paciente lucido orientado, comunicativo, portando AVP em MSE, aceitou dieta oferecida, medicado c/ PM. Tec Alexandra Rodrigues. Aut Charlon 57/3 64

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Povo do Acre

Unidade: UMA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA: 21-8-22 | HORA: 21:30 | MUNICIPIO DE REFERENCIA

NOME DO PACIENTE: [illegible]

UNIDADE SOLICITADA

( ) ASSIS BRASIL ( ) XAPURI ( ) CRUZEIRO DO SUL ( ) MANOEL URBANO
( ) SENA MADUREIRA ( ) ACRELÂNDIA ( ) MÂNCIO LIMA ( ) RODRIGUÊS ALVES
( ) SENADOR GUIOMARD ( ) BUJARI ( ) FEIJÓ ( ) JORDÃO
( ) BRASILÉIA ( ) PLÁCIDO DE CASTRO ( ) TARAUACÁ ( ) OUTROS

MÉDICO SOLICITANTE: CRM: 1783

DIAGNÓSTICO: [illegible]

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: [illegible]

PRESSÃO ARTERIAL: 120/90 x | F. CARDIACA: 60 bpm | F. RESPIRATÓRIA: 16 ibpm | TEMPERATURA: 35,4 °C

MOTORISTA:

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ + + + + + + + + +)	SIM	NÃO	(+ + + + + + + + + +)
	X	DESIDRATADO		X	CIANOTICO
	X	DESNUTRIDO		X	ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
( ) ALERTA ( ) VERBAL ( ) SONOLENTO ( ) CONFUSO ( ) SEM RESPOSTA GLASGOW 15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:
( ) DIABETES ( ) HAS ( ) ICC ( ) SEQUELAAVC ( ) DPOC ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO USO	DOSAGEM
[illegible]	[illegible]		
	[illegible]		
[illegible]	[illegible]		

EXAMES COMPLEMENTARES:
ECG ( ) ( ) TORAX
ALTERAÇÕES ( ) ( ) RX ABDOMEN
( ) TOMOGRAFIA ( ) RX OUTRO

LABORATORIAL

HB	HT	LEUCO	TGO	TGP	AMILASE	URINA1

GASOMETRIA

PO2	PCO2	GLICEMIA	

HOSPITAL DE DESTINO: (X) 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

OK L-225 B

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 103170

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..: RG1239846-2
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 15/03/1995 SEXO..: MASCULINO
ENDERECO.....: ROD AC 475 KM NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: VILA REDENCAO
MUNICIPIO.....: ACRELANDIA UF: AC CEP...: -
NOME PAI/MAE..: JOSE NOGUEIRA DA SILVA /MARIA LEAL DA COSTA
RESPONSAVEL...: 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[10 X 7 mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[72] SPO2[95]

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente encaminhado de Acrelândia com história de colisão moto x caminhonete, com perda de consciência, porém apresenta-se vigil. Sem deformidades, mas refere dor no ombro D. Abdome plano e doloroso. Ausência de ruídos pulmonares. AR; MVF, com ruído. Pulsos distais presentes. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 9 No ombro D/ MMSS

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
1- Soluto EC de trauma + RX de ombro, tórax, bacia + AVS T	
2- Analgésico Neuro + Dipirona	
3- Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%	23:50
4- Cefalotina 2g EV 23:50	
5- S-A-T + D-T	23:50

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Paciente deu entrada às 23:40 h no trauma, de SAMU, procedente de Acrelândia. Vítima de colisão moto x caminhonete. Pct sem de maca, prancha rígida, colar cervical, acordado, orientado, colaborativo. Com MSD imobilizado em talas + AVP em MSD

S. A. Ayira
Enfermeira
COREN-AC - 388.293

Lote: 032455 Código: F08 S 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX
TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL
Fab.:17/10/2019 Val.:10/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 027105 Código: AF35 S 480
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T
Fab.:17/10/2019 Val.:10/2024
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

Lote: 032455 Código: F08 S 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEFIX FEMUR T
350 - ESTERIL
Fab.:17/10/2019 Val.:10/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO
Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br

HORÁRIO: 01:40'	HORÁRIO: 02:30'	HORÁRIO: 03:00
PA: 110X53 mmHg	PA: 112X55 mmHg	PA: 119x70 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 Iniciado procedimento de osteossíntese, evolui com intercorrências, negou alergias e patologias de base, em utilização de OTT, sedado no uso de propofol na espera da Bauru e Pompeia direta, encaminhado p/ sala cirúrgica p/ ser submetido a procedimento ortopédico.
01:30 Disponibilidade p/ CRPA, sem prontuário para alteração.

Rodrigo da Silva Reis
Gestor Administrativo
SAME HCAM

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

HUERB

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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:HC DE CONTROLE ORIENTADOR/VISITADOR: RODRIGO VICK	1- DIETA VO LIVRE SNS 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 10 16 22 04 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8- CUIDADOS GERAIS 9- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 10- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 11- TILATIL 20MG IV 2X DIA 10 22 12- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 10 13- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296	10	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
Municipio.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro: 332335838

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Povo do Acre

Unidade: UMA

FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA: 24-02-2020 | HORA: 21:50 | MUNICIPIO DE REFERENCIA: Rodrigues Alves

NOME DO PACIENTE: Emilio Carlito Silva (SOAND)

UNIDADE SOLICITADA

( ) ASSIS BRASIL ( ) XAPURI ( ) CRUZEIRO DO SUL ( ) MANOEL URBANO
( ) SENA MADUREIRA (X) ACRELÂNDIA ( ) MÂNCIO LIMA ( ) RODRIGUÊS ALVES
( ) SENADOR GUIOMARD ( ) BUJARI ( ) FEIJÓ ( ) JORDÃO
( ) BRASILÉIA ( ) PLÁCIDO DE CASTRO ( ) TARAUACÁ ( ) OUTROS

MÉDICO SOLICITANTE: CRM: 1280

DIAGNÓSTICO: trauma raquito MSD.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: avaliação e conduta cirurgia especialista ortopedista

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 | F. CARDIACA: 80 bpm | F. RESPIRATÓRIA: 16 bpm | TEMPERATURA: 35,8 °C

MOTORISTA:

EXAME FÍSICO:

SIM	NÃO	(+ + + + + + + + + +)	SIM	NÃO	(+ + + + + + + + + +)
	X	DESIDRATADO		X	CIANOTICO
	X	DESNUTRIDO		X	ICTERICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
(X) ALERTA ( ) VERBAL ( ) SONOLENTO ( ) CONFUSO ( ) SEM RESPOSTA GLASGOW 15

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:
( ) DIABETES ( ) HAS ( ) ICC ( ) SEQUELAAVC ( ) DPOC ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO REALIZADA	DOSAGEM	MEDICAÇÃO USO	DOSAGEM
Dipirona	2g EV		
Morfina	10mg EV		
Imobilização MSD			

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: (X) PRONTO SOCORRO ( ) SASMC ( ) FUNDHACRE ( ) HC ( ) SANTA JULIANA

MÉDICO RESPONSÁVEL NO DESTINO: CRM 1283 MÉDICO REGULADOR: DR. André

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O DOENTE
NOME: FUNÇÃO:
CRM COREM - AC

Gilciléia S. B. Vieira
Enfermeira
COREN-AC - 368 203

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFERE COM ORIGINAL

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:CIRUR AGENDA 09/03 - RODRIGO -HC ORIENTADOR/VISITADOR:MARCELO PIMENTA	1- DIETA VO LIVRE 5/19 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H 14 22 06 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 9- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 10-CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE 22 11- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 12- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 13- CUIDADOS GERAIS/SSVV Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Sendo as 17:00h Pac. ele tomou banho no leito com auxílio da familia, trocado lençol do cama + manga prolongada. Realizado curativo no M.I. E usado SF0,9% clorexidina + alcool 70% no fixador. TE: Bengal [illegible]

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

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 01:25' SALA 01 DATA 05/02/2020
NOME DO PACIENTE CAICO DA COSTA SILVA ID 94A
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA (X) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )
ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA (X) LOCAL ( ) OUTROS (X) SEDAÇÃO
INÍCIO DA ANESTESIA 01:35 TÉRMINO DA ANESTESIA
PROCEDIMENTO REALIZADO LIMPEZA CIRURGICA + FIXAÇÃO EXTERNA
INÍCIO DA CIRÚRGIA 01:45' TÉRMINO DA CIRÚRGIA 02:45
CIRURGIÃO DR NELSON AUXILIAR(ES) DR NICK + DR PAULO MARCELINO
ANESTESISTA DR CID + DRA TAMIRA INSTRUMENTADOR ROSEMILDO
CIRCULANTE SIRLEY + AUCIVAL ENF JEAN MERÇON

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40x12	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100 ML	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 26x3,5	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA SIM
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 10 UN
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 20cm	GORRO
FLUENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
IEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO
ETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAÍNA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
NAVULON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 200ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO 200ml
RAPIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO	PROPÉ
ROSTIGMINE	ESPARADRAPO	SCALP Nº
SULFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
VERTIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
ZOLUVEN 8%	FIO MONONYLON 2.0	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
SF 0,9% 1 ampola	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

Nome _____ Matrícula

Clínica _____ Enf. / leito _____

Data / Hora	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
12.03.20 7:20	Acordado lúcido, eupnéico, higienizado sem queixas álgicas, diurese espontânea (+) PA 133/88 mmHg SPO2 100%, FC 95 bpm, FR 20 rpm tax 37°C após diuretico médico liberado para enfermaria com várias orientações Enf. Vanda coren
9:00	Realizado banho aspersão + curativo MID sem sinais flogísticos leve edema, aceitou dieta oferecida Enf. Vanda.
10:05	um C.P PA 128/77 mmHg SPO2 100% FC 102 bpm transferido para enfermaria para cont. de TT: um BEG AVP MSD c/ HV em curso tax 36.8°C Enf. Vanda coren 146856
	próximo ao leito, lúcido, orientado, ofegante, mencionando cansaço, aceitando dieta oferecida, mantendo cansaço sem queixas PA 120x80 mmHg Enf. Alice C

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 KM: S/N. - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP.69914220 - Tel.: 0682264336
CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente..: ERICO SILVA A-48 (EXT) Idade..: NINF
Requisicao: 20.PC.1.003495 Requis.: 14/03/2020
Identif...: 00000000

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

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

emacias (em milhoes):...	3.33	mm3	VR: M:4.5 a 6.1 H:3.9 a 5.4 milhoes
emoglobina:.....	8.98	g/dL	VR: M:12.8 a 16.3 H:11.3 a 14.5g/dL
ematocrito:.....	27.90	%	VR: M:40 a 54 H:36 a 48 %
CM:.....	83.78	u3	
CH:.....	26.96	uu3	
CHM:.....	32.18	g/dL	

LEUCOGRAMA

ucometria Global:.....	8.240	/mm3	VR: 4.000 a 11.000 /mm3
ieu[illegible]:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
osinofilos:.....	6	%	VR: 2 a 4 %
lor Absoluto:.....	494.40	mm3	
asofilos:.....	0	%	VR: 0 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
ielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
tomelocitos:.....	0	%	VR: 2 a 4
lor Absoluto:.....	0	mm3	
gmentados:.....	71	%	VR: 36 a 66 %
lor Absoluto:.....	5.850.40	mm3	
mfocitos:.....	15	%	VR: 25 a 45 %
lor Absoluto:.....	1.236	mm3	
onocitos:.....	8	%	VR: 2 a 10 %
lor Absoluto:.....	659.20	mm3	
asmos:.....	0	%	VR: 0 %
lor Absoluto:.....	0	mm3	
ser[illegible]:.....			

quetas:.....	312.000	mm3	VR: 150 - 450/mm3

erado por DRA JOQUIEBEDE DOS S BRASIL-CRF 444 RO/AC em 14/03/20 as 11:56 Coleta 14/03/20 as 08:05 Impresso 14/03/20

HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

AR6.

14/03/2020

Cristiano dos Santos
Faturista / FUNDHACRE

328485863

FUNDHACRE
FUNDAÇÃO HOSPITAL DO ACRE

700 6064 3836 2168

17/3/2020
HC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

lome: Enrico da Costa Silva

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

eção: A Quarto: Leito: 48

ata do Nascimento 15/03/95 Naturalidade: Rio Branco

acionalidade: Brasileira Sexo: M Cor

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

ofissão: Matador Frigorífico Religião: Evangélico

ndereço Residencial: Estrada AC 475 Vila Redenção

irro: Z Rural Cidade: Acrelândia Estado: Acre Tel.: 981017742

ndereço do Trabalho:

irro: Cidade: Estado Tel.:

ação: José Nogueira da Silva e Mª Neal da Costa

me do Cônjuge: Laíne Barbosa Nunes

au de Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

dico Responsável: Dr. Rodrigo Minuano

me do Responsável: Laíne Barbosa Nunes

do RG. do Responsável: 043.450-A

lereço do Responsável: O mesmo

fls. 170

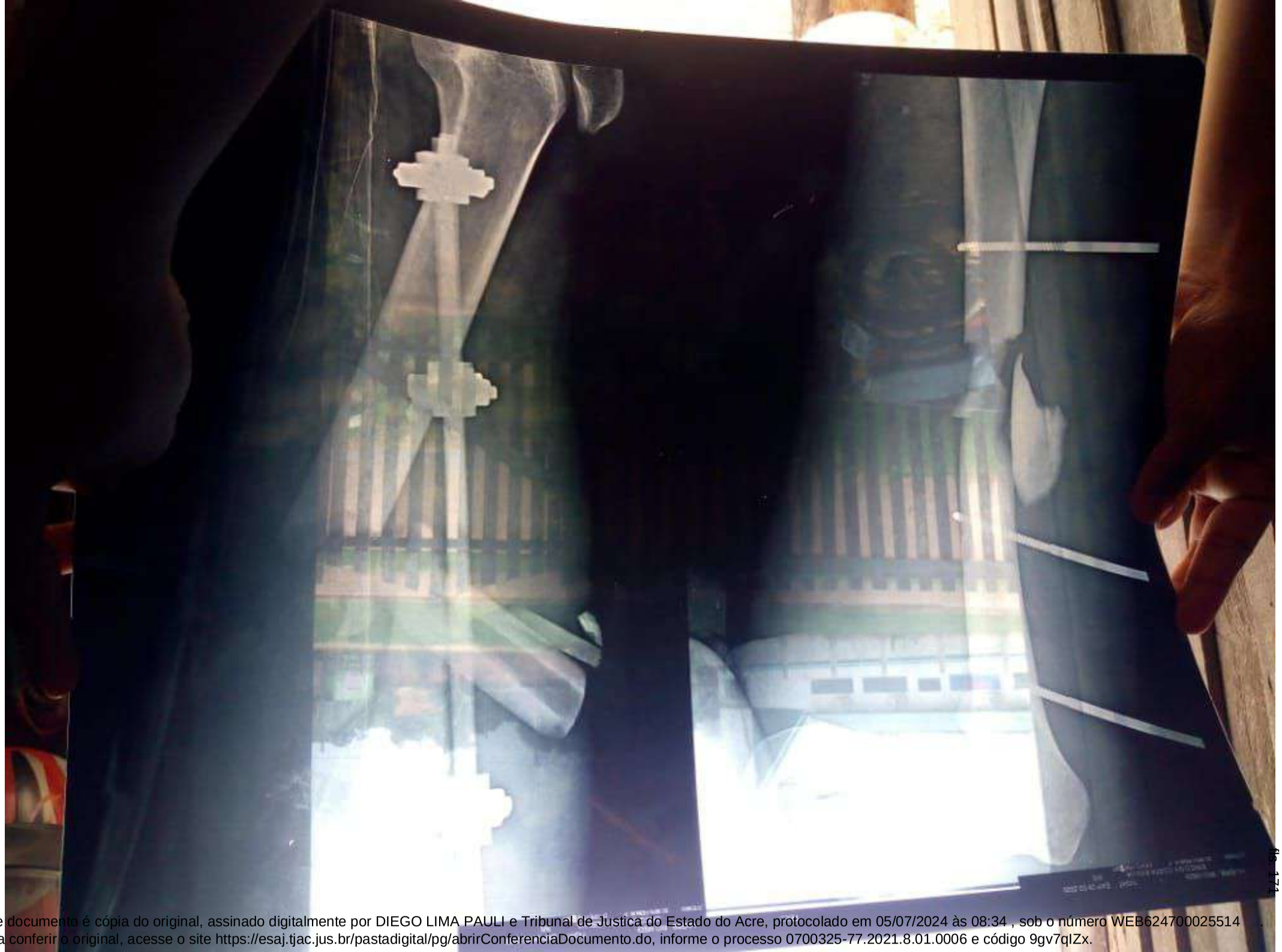
GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

digitado e impresso em: 28/02/2020 às 18:44:58

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:SOL HEMOTRANSFUSAO DE 2CH IV	1- DIETA VO LIVRE SN 0 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H ~~14~~ ~~22~~ 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H ~~10~~ ~~16~~ (22) 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8- CUIDADOS GERAIS 9- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA ~~10~~ ~~22~~ 10- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA ~~10~~ 11- TILATIL 20MG IV 2X DIA (10) (22) 12- CLEXANE 40MG SC 1X DIA ~~16~~ 13- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)	~~10~~ ~~16~~ ~~22~~ 04 SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Paciente às 17:00h horário tomou banho no leito com auxílio da família. Tecendo lesão de causa traumática, grânulo, localizado cicatriz no M.I.E usando SF0,9%, clorexidina + álcool 70% no pós banho. Paciente [illegible] um episódio de [illegible] no banheiro [illegible] 30 [illegible] Retirou [illegible] Soro fisiológico 0,9% [illegible] após banho. Orientado a família trazer o seu travesseiro do quarto. [illegible] Rivolande B. O. Souza Téc. Enfermagem COREN-AC 437.060



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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:HEMOTRANSFUSAO NAO LIBERADO. SOL NOVO HMG VISITADOR/ ORIENTADOR: RONEIDO TEOFILO	1. DIETA VO LIVRE SVD 2. SF 0.9% 500ML IV 8/8/H 12 20 04 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 10 16 22 04 4. TRAMAL 100 MG +100 ML SF 0.9% IV 6/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 10 16 22 04 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8. CUIDADOS GERAIS ✓ 9 CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 10 GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 16 11. TILATIL 20MG IV 2X DIA 10 22 12 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 13 NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	DATA: 08/02/20 18:00h PAC. LOTE TOMOU BANHO DE ASPERSÃO TROCADO LENÇOL DE CAMA + VESTES FOTO. QUEIXUME + MEDICAÇÃO C/ ALÍVIO 12h: DOR WILDERLIN 75604 AS 04:00h PAC SEGUE TAXIA MONITO. MEDICADO C/ ALÍVIO DOR WILDERLIN 75604. AS 09:45 hs do dia 28/02/2020 iniciado hemotransfusão de 1 bolsa de CH. 55ml sem alteração. Enf. [illegible] COREN/AC 521366

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

NOME: Erico da Costa Silva IDADE: 24a REGISTRO: ENFERMARIA: CCB LEITO 228

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
25/02/20	# Fratura Exposta	01) Dieta V.O livre.	SND	03 h Pacte acorda-
	de Fêmur diafisária	02) SF 0,9% 500ml EV c/ 8/8 horas	04 12 20	dio, empréico, res-
	Direita. GIII + FX	03) Ciprofloxacino 400mg		pondendo, encami-
	exposta de Tíbia	EV c/ 12/12 horas	10 22	nhado à CCB após
	diafisária D. GIII.	04) Gentamicina 240mg +		procedimento ortopédico. PA 119x70
		250ml SF 0,9% EV c/ 24/24 horas	14	mmHg; FC 78bpm; SPO2
	Paciente Vítima de	05) Cefazona 4,0mg SC 1/dia	16	94%.
	acidente de Trânsito	06) Dipirona 1g EV c/6/6H	04 10 16 22	Jeane Maria da Silva Vieira Enfermeira COREN/AC 339.922
	moto x carro, ocorrido	07) Tramadol 100mg		
	no dia de hoje as	08 Plasil 10mg	EV c/8/8H 04 12 20	03 h 45 h Paciente
	16:30. Trazido da	100ml SF 0,9%	SN	deu entrada na
	cidade de Acrelândia	09) Tilatil 20mg EV c/12/12H	10 22	C.C. no quarto
	pelo SAMU.	10) curativo estéril.	Conf.	do C.C. acompanha-
	Trauma Fixo	11) Observar perfusão no	Conf.	do de perto espaço
	Dor, deformidade,	membro.		para dar continuidade
	edema 4+/4+, Nega			no tratamento e evitar
	perfusão de MID			complicações pós
	prejudicada.			cirúrgicas.
	CDi Fixador Externo			
	+ 2C.			

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

Clínica _____
Enferm. / leito POI
UTI - leito 01

MATRÍCULA [ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Data Nasc. __/__/__ 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	- RX torax (EU) 01/04		14 25-06
3	- Clindamicina 600 (EV) 8/8h		10-16-22-04
4	- Gentamicina 240 (EV) 18/dia		22
5	- Dipirona 1g (EV) 6/6h		10-14-18-22-02-06
6	- Metoclopramida 10mg (EV) 8/8h		(06) NT
7	- Tenoxicam 20mg (EV) 8/8h		14-22-06
	- Nasi 100ml / hora		
	- SF 10ml		
8	- Cefalexina 250mg (VO) 8/8h se		SN.
	- AA Zilgosulfonato		
9	- Efavirenz 400mg (SE) 18/dia		22.
10	- FST matutino		FST.
11	- Monitor cardíaco ligado		contínuo.
12	- Clonazepam 2mg (VO) 8/8 noite		22.

Dr. Francisco de Macedo Nogueira
Ortopedia / Traumatologia
CRM/AC 1241

CONFERE COM O ORIGINAL

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HUERB

ALERGIAS MED.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

( ) CLINICO
( ) ODONTO
( ) PED

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE	Erico Silva 24 anos	IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Trauma SEM DESMAIOS SEM CEFALEIA / SEM vomito	COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA			
DISCRIMINADOR	SEM SINAIS NEUROLOGICO	Peso:	
PARÂMETROS	PA: 07 X mmHg Temp: °C Sat. O2: 100%	Pulso: bpm	
	ESCALA DE DOR	Glicemia: mg/dL	
	( ) 10-9 ( ) 8-9 ( ) 7 ( ) 5-6 ( ) 1-4 ( ) 0	Glasgow: Alterado ( ) Não alterado ( )	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos	( ) DESISTÊNCIA ( ) EVASÃO Assinatura:	HORÁRIO:
RECLASSIFICAÇÃO	NEURO		

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às ____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

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

Anotações/intercorrências:

Dra. Claudiana Lima
Neurocirurgia
CRM 1692-RO
CRM 179-AC

03.01.01.017 - 0
ATENDIMENTO / INAO
AVALIAÇÃO INTERNADO

Assinatura/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

Às 00:00H 25/02/2020

- Abdome ecograficamente normal
- Sem liquido livre intraperitoneal

Dr. Klela
CRM 864 AC

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Às 03:15 P. Paciente encaminhado ao CC conforme Prescrição Médica. Rt lúcido, orientado, orientado e colaborativo. Pitadas AVP em MSD. Genitais. Neural livre de Anestesia 01:25. Paciente admitido no CC p/ procedimento cirúrgico

Geleciler S. B. Vieira
Enfermeira
COREN-AC - 388.293

Jeanie Maria da Silva Vera
Enfermeira

OS.:

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades Movimento voluntário de duas extremidades Incapaz de se mover	2 1 0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse Dispnéia, hipoventilação Apnéia	2 1 0
CIRCULAÇÃO	PA ± 20% do nível pré-anestésico PA ± 20% a 50% do nível pré-anestésico PA ± 50% do nível pré-anestésico	2 1 0
CONSCIÊNCIA	Totalmente desperto Desperta quando chamado Não Responde	2 1 0
SATURAÇÃO DE O_2	Capaz de manter Sat O_2 > 92%, respirando ar ambiente Necessita suplemento de O_2 para manter Sat O_2 > 90% Sat O_2 < 90% mesmo com O_2 suplementar	2 1 0
PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.		

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente sadio normal.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

	0 min	15 min	30 min	45 min	60 min	90 min	120 min	150 min	180 min	240 min	300 min	360 min	420 min	480 min
Atividade														
FR														
PA														
Consciência														
Sat O_2														
Escala A-K (TOTAL)														

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 km 4/4 - [illegible] RIO BRANCO - CEP.69914220 - Tel.: [illegible]
CGC - 63.602.940/0001-70

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

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

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

Cons. Regional:

CONFERE COM O ORIGINAL

POTASSIO

Amostra: Soro
Metodologia..... ELETRODO SELETIVO
Resultado..... 3,8 mmol/L VR: 3,6 a 5,1 mmol/L
INTERFERENTES : HEMOLISE,ICTERICIA
Coletado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 687 em 10/03/20 as 06:10 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

CLORETOS

Amostra: Soro
Metodologia..... ELETRODO SELETIVO
Resultado..... 96,7 mmol/L VR: 98 a 108 mmol/L
Coletado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 687 em 10/03/20 as 06:10 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

CALCIO

Amostra: Soro
Metodologia..... COLORIMETRICA
Resultado..... 8,06 mg/dL VR: 8,6 a 10,2 mg/dL
Coletado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 687 em 10/03/20 as 06:10 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

MAGNESIO

Amostra: Soro
Metodologia:Colorimetrica
Resultado..... 1,58 mg/dL VR: 1,8 a 2,6 mg/dL
Coletado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 687 em 10/03/20 as 06:10 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

digitado e impresso em: 03/03/2020 às 10:29:37

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CO:HC DE CONTROLE ORIENTADOR/VISITADOR:MARCELO PIMENTA	1- DIETA VO LIVRE — S.N.D 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N. 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N. 8- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 9- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10- TILATIL 20MG IV 1X DIA 11- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 12- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 13- CUIDADOS GERAIS — Rotina Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296	500. 500. 500 10. 10. 10. 10 10. 10. 10. 10 10. 10 10. 10	Das. 08:00hs as 18:00hs Pac. Lúcido Tempo Bom no momento Queixa local de perna e dores feito curativo e medicações e leve no RNF D2, de alfinete 25/04. 04/03/20 S: Cadus, pac. refere dor moderada no período noturno O: lúcido, orientado, presente Maria do Socorro Almeida Tec. Enfermagem COREN/AC 946.704

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Paciente..: 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

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	4	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 m
Hemoglobina	11	g %	VR: H:13 a 18 M:12 a 16
Hematocrito	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
CHCM	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.....	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

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 KM 8 S/N. - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP.69918120 - Tel.: 0682264730
CGC - 63.602.940/0001-70

A-48 (EXT)

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

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

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

Cons. Regional:

VELOCIDADE HEMOSSEDIMENTACAO

Material: Sangue Total

Metodologia.....	Westergren		
Primeira Hora.....	110,00	mm	Homem: 2 a 8 mm Mulher: 4 a 10 mm
Segunda hora.....	130,00	mm	Homem: 5 a 16 mm Mulher: 7 a 20 mm

HOSPITAL DAS CLINICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por DRA JOQUIBEDE DOS S BRASIL-CRF 444 RO/AC em 14/03/20 as 11:41 Coleta 14/03/20 as 08:05 Impresso 14/03/20

PESQUISA DE PROTEINA C REATIVA

PROTEINA C REATIVA	49,2 mg/L	VR: < 5 mg/L

METODO-IMUNOTURBIDIMETRIA
AMOSTRA:SORO

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

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

A-48

digitado e impresso em: 21/10/2019 às 14:33:19

HUERB

REGISTRO:

PACIENTE: Marco do Coto Silva

IDADE: 24

CLÍNICA:

LEITO:

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNOSTICO: Fx femur dist. (D) * Fx exposta de tíbia (D) DATA DO TRAUMA: 24.02.20 DATA DE INTERNA?AO: 09.03.20 DATA DA CIRURGIA: 09.03.20 MEDICO RESPONS?VEL: Dr. Rodrigo Nunes no Dr. Vinicius Magalhães MATERIAL: - fixador externo - cx 4,5 mm normal/bloqueada - haste de femur + haste de tíbia HOSPITAL: HC	1 DIETA VO LIVRE, ZERO A PARTIR DE MEIA NOITE 2 SF 500ML IV 2XDIA 3 DIPIRONA 1G IV 6/6H S/N 4 TRAMADOL 100MG + SF100ML IV 8/8H 5 PLASIL 10MG IV 8/8H S/N 6 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>140 OU PAD>100MMHG 7 CUIDADOS GERAIS	SND 14 02 14 22 06	09/03/2020 às 13:00 Paciente, consciente, orientado, acompanhado, eupneico, afebril, queixa-se de dor leve, [illegible] PA 120x80 mmHg TAX: 36,7°C. [illegible] — COREN 366672 às 17:00h Paciente com PA: 120x80 mmHg, TAX: 36,6°C. Não realizado curativo, devido falta de fita na unidade. Téc. Enfer. [illegible] AC. 259.968

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

FICHA DE ANESTESIA

HOSPITAL FUNDHACRE

Unidade do Sistema	QC/HC		
Data 09/03/2020	Ent.	Leito	
Idade	Cor	Altura	Peso
Grupo Sang.		PA	Pulso

MATRÍCULA 1 6 8 4 0 6

Data Nasc. 15/03/1995 Sexo: M ☒ F ☐

Nome: FELIPE DA COSTA SILVA

Temp.	Resp.	Hemácias	Leucóc.	HT	Hemog.	
Glicemia	Uréia	Creat.	Bil. Dir.	Ind.	Tgo	Tgp
Ap. Resp.	Asma	Bronquite	Complacência	M. Ves		
Ap. Circ. Ecg	SEM ALT			Alergia NEGA		
Ap. Digestivo Dentes	PESUM	Pescoço	Peça Dent.			
Estado Mental	LOE	Drogas em Uso				
Aparelho Urinário						
Diagnóstico Pré Op.						
Anestesia Anteriores	Asa I	Risco				
Medic. Pré-Anest.	Hora 18:30	Efeito				

Hora: 18:30 19:30 20:30 21:30 22:30

GASES: O_2 / N_2O

VOLUMES: 1500 ml 1000 ml 1000 ml

CÓDIGO: V P. Arterial O Pulso O - Respiração; A X Anestesia O Operação

Pressão (mmHg): 260, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

Símbolos

DROGAS ADMINISTRADAS

1° METAZOLAM 10MG
2°
3° FENTANIL 150MCG
4° CLONDAMIDINA 200MG
5°
6° DEPENAN 2G
7° PROPOFEMOL 200MG
8°
9° AG. TRANSXÂMICO 1G
10° RANIT BUSTACAINA
11°
12° HEMOSTÁSICO 20MG +
13° FENTANIL 20MCG +
14°
15° MORFINA 10MG

TÉCNICA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO

CIRURGIA: OSTEOSSÍNTESE FÊMUR E TÍBIA

CIRURGIÕES: MENANDO + VINICIUS

MONITORAÇÃO: ECG FC + PNI +

OBS: PUNÇÃO UNICA, L3-L4, 26G, LCR (+), S/ INTERCORRÊNCIAS

Carimbo: Drª. Walédya Melo
Médica Anestesiologista
CRM 1923/AC

ANESTESIOLOGISTA

10/03/20 7:30 Lúcido, eupneico, hipocorado sem queixas álgicas taquicardico 143 bpm após visita médica orientado a mobilizar-se. sem indicação troca curativo Enf: Vanda coren 146856 ——— " ——— "

Às 8:00hs, Realizado Banho de Aspersão com auxílio + higiene oral, + Troca de Lençois: segue aos cuidados da Enfermagem: Téc: Euzilira ——— " ———

Às 18:00, Paciente, Lúcido, comunicativo, orientado Apresentou febre Tax: 38,1°C, medicado cpm. — Aceita dieta oferecida Diurese espontânea Segue aos cuidados da Enfermagem: Téc Euzilira coren-AC 776545 ——— " ——— "

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – FUNCHACRE

PACIENTE
NOME: ERÍCO DA SILVA SILVA
Nº PRONTUÁRIO: 068106
ENFERMARIA: 207 LEITO: 03 ABORDO: 34

DADOS DO HEMOCENTRO
Nº DE DOAÇÃO: 01122002221006 ABORDO: 47
VOLUME: 347 ml
PROVAS DE COMPATIBILIDADE (P.C.): (✓) Compatível ( ) Incompatível ( ) Não Realizada ( ) Extrema Urgência
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (P.A.I.): (✓) Negativo ( ) Positivo
TESTE DE HEMÓLISE: (✓) Negativo ( ) Positivo ( ) Não se Aplica ( ) Não Realizado
DATA DO ENVIO: 10.03.20
HORA DA LIBERAÇÃO: __:__
Ok
Ok
Enfermeiro

INSTRUÇÕES AO TRANSFUSIONISTA
1. Identificar adequadamente o receptor
2. Transfundir somente mediante prescrição médica
3. Conferir as bolsas que acompanham os aparelhos na rotina diária
4. Utilizar equipo de infusão específico para transfusão
5. Não administrar a bolsa inferior concomitantemente a medicamentos ou soluções endovenosas
6. Controlar a velocidade de serviço de hemoterapia conforme quadro abaixo e sinais vitais
7. [illegible]

p. alta. pac. sem intercorrências
10/03 pela de convenência de
[illegible] sem intercorrências
segue alta hospitalar
[illegible] enfermeira de dia
[illegible] pela FO hoje e
sua internação. Enfermeira
3 20 45

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD CIRUR AGENDA 09/03 - RODRIGO -HC ORIENTADOR/VISITADOR MARCELO PIMENTA	1- DIETA VO LIVRE SND 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H — 14 22 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8/H (INTERCALAR COM O ITEM 4) — 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H — 14 22 06 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA — 10 22 8- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA — 10 9-CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE — 20 10- CLEXANE 40MG SC 1X DIA — 16 11- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) — 16 12- CUIDADOS GERAIS/SSVV ROTINA 13- AGENDADO 09/03 CIENTE Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296		Dás 08:00h ás 12:00h paciente encontra-se lúcido, calmo, orientado, tomou banho sozinho, tomou leite + fraldas de lencol + coxins, posicionado quarto, deambulando com muleta. Sem intercorrências. As 06:30h Evoluindo estável no período não refere queixas álgicas, medicado conforme prescrição, cuidados de enfermagem feito. Pedro Coren 259885

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUS

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

HOSPITAL

25/02/2020

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: ERICO DA COSTA SILVA	Idade: 24	Sexo: M	Cor	Registro / BE: 27022307

Setor proc: ☐ PSA ____ ☐ PSI ____ ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI

Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O_2 (%)	Grupo Sgneo:	Fator Rh
	Ht:	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP

Diagnóstico Pré-Operatório: Fx. EXPOSTA FEMUR (D) E TIBIA (D)

Ap. Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite MV: EUPNEICO Complacência: —

ACV: EUCARDICO ECG: SINUSAL Alergias: NEGA

Ap. Digestivo/Dentes: JEJUM >8h Pescoço: — Peças Dent.: —

Ap. Urinário: A/SVD Drogas em Uso: —

Estado Mental: LUCIDO

Anestesias Anteriores: — ASA: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ ☐ Risco: —

Medicação Pré-anestésica: — Hora: — Efeito: —

HORA: 1:30 2:00 2:30

GASES: O_2 / NO_2 / HALOG

Líquidos: RSD (SF0,9% 100ml) + (SRL 500ml) + (SRL 500ml)

SpO_2: 100% 100% 100%

SÍMBOLOS: V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração / X Anestesia / O Cirurgia

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

DROGAS ADMINISTRADAS

1º MIDAZOLAM 2,5mg EV
2º FENTANIL 25mcg EV
3º BUP; HIPER 15mg; RAQUI
4º MORFINA 30mg
5º CEFALOTINA 2g EV
6º DIPIRONA 2g EV
7º ETILEFRINA 4mg EV
8º TRANSAMIN 1g EV
9º
10º

Técnica: RAQUIANESTESIA

Cirurgia: COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO

Cirurgião/Auxiliar: DR. NELSON + DR. VICK

OBS.:

Monitorização: PAVI + ECG, SpO_2

Ap. Resp.:

Ap. CV:

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

Dra. Nanda Gadelha
Médica Residente
Anestesiologia
CRM-AC 2188

SUS — 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:
2 - CNES:
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HUERB
4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: EURICO DA COSTA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 0 6 0 6 4 3 8 3 6 2 1 6 5
8 - DATA DE NASCIMENTO: 15/03/95
9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3
10 - RAÇA/COR:
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: MARIA LEAL DA COSTA
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 8 11 7 7 4 24
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): RODOVIA AC 475 B- VILA REDENÇÃO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: ACRELANDIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF:
19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente vítima de acidente de trânsito colisão motocicleta x caminhonete. apresentando sonolência e fratura exposta de MID.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Politrauma / TCE / Fratura EXPOSTA DE MID
24 - CID 10 PRINCIPAL: S829
25 - CID 10 SECUNDÁRIO: V234
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 4 0 8 0 5 0 5 0 0
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. ÓRGÃO EMISSOR:
48 - DOCUMENTO: [ ] CNS [ ] CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 7 0 1 3 1 0 1 4 2 5 6 5 2 0 0 0 0 1
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

BALANÇO HIDRICO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

[redacted]

Data: 10.10.20 Leito: U1 Registro:
Paciente: Bruno da Costa Silva Idade: 24
Diagnóstico: 1º PO Osteossíntese de fêmur D
Data da internação: 09.03.20 DI: 01

HORA	DEXTRO	HORA	D

Procedimentos	N°dias	Procedimentos	N°dias	Procedimentos	N°dias	Procedimentos	N°dias	Procedimentos	N°dias	Procedimentos
Máscara de venturi ☐		Tubo Orotraqueal ☐		Acesso Periférico ☒	Não	SNG/SNE ☐		SVD ☐		Drenagem de tórax ☒ Dreno Torácico
Tubo ☐		Traqueostomia ☐		Intracath ☐		Gastrostomia ☐		HD ☐		Monitor Cardíaco ☐
VNI ☐		CDL ☐		Dissecção venosa ☐		NPT ☐		PICC ☐		Ventilador Mecânico ☐

HORA	CONTROLE HÍDRICO – INFUNDIDO: VO	SNG/SNE	SORO	Medicamento	DVA	Sedação	Hemoderivados	NPT	ELIMINADO: Fezes	Urina	SNG	Dreno	HD	SINAIS VITAIS: FC	TC	PA	PAM	PVC	Sat O2	FR: Pul	FR: Vent	VENTILAÇÃO: FiO2	PTCO2	PI PEEP	VT Insp	Fluxo
7														133	37,8	12/8	(97)		100%	16		em Ar Ambiente				
8																										
9				10						200				124	36	13/8	96		100%	20		em Ar Ambiente				
10	180			100																						
11	180																									
12										200																
P/6																										
13	180																									
14	180		500	10						100				119	35,4	13/8	98		100%	23		—	—		—
15										100																
16																										
17														119	38,6	13/8	87		100%	25		—		—	—
18										200		250														
P/6																										
19	180													132	37,8	13/80	(94)		100	21		ar ambiente				
20																										
21										200																
22			500	3,20																						
23				manhã																						
24										100																
P/6																										
1H														112	36,7	12/70			100	21		ar ambiente				
2	180									300																
3																										
4				110																						
5										200		20		13,3	36	12/4	(92)		97	26		ar ambiente				
6	180		500	110																						
P/12																										
Total	2.300								1.620										TOTAL= 1.690			OBS/ASS: Enf. - Cuidado				

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O OR.

fls. 198

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

RELATORIO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Erico da Costa Silva.
IDADE: 24a OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de Fêmur direita Direito T
fratura de Tíbia diafisária direita - GO III

CIRURGIA PROPOSTA: RC + Fixador externo

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: A mesma

DATA: 25/02/20

CIRURGIÃO: Dr Wilson Morguzini / Dr Rodrigo Lick
1º AUXILIAR: Dr Paulo
2º AUXILIAR
INSTRUMENTADOR (A)
ANESTESISTA: Dr Cid
ANESTESIA:

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

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO ( ) SIM (X) NÃO
DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO
(X) ENFERMARIA ( ) CT ( ) RESIDÊNCIA ( ) ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
Paciente com DDH sob anestesia
Assepsia + colocação de campos estéreis

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	228

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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF. PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:SOL EXAMES PRE OP VISITADOR/ ORIENTADOR: MARCELO PIMENTA	1. DIETA VO LIVRE S/RS 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 06 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10 16 22 04 4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 10 16 22 04 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8. CUIDADOS GERAIS 9 CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 10 GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 11. TILATIL 20MG IV 2X DIA 10 22 12 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 13 NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)		Às 07:00 recebido Pct estável, consciente, comunicativo, deitado, acamado, outras algias negadas mantido acesso venoso acima em a direita. Ofertado, função fisiologica preservada, andando com auxilio de muleta, resistência, deambula e range parcialmente. Técnica de Enfermagem COREN/AC - 53513 Às 17:00 Pct estável, sem intercorrência no período da tarde. Técnica de Enfermagem COREN/AC - 53513 5:00h Cliente enquieto, afebril, nauseado, vomitando. Sem queixas no momento, dieta presente. Telbagin

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

HUERB

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

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:HC DE CONTROLE — ok ORIENTADOR/VISITADOR:MARCELO PIMENTA	1- DIETA VO LIVRE SNS 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H 14 22 06 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 9- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 10- TILATIL 20MG IV 1X DIA 10 11- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 22 12- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 13- CUIDADOS GERAIS — Dr. Wesley Hoffman S. da Silva PRM - Ortopedia e Traumatologia CRM - AC 2296	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	das 7 hs as 19 hs pcc. [illegible] afebril [illegible] tomou banho trocado [illegible] tipo de curativo [illegible] no uso de SF 0,9 1L. TE Maria [illegible] 05/03/2020 as 8:45 pte no momento sem queixas TE: Conceição 05-03-20. Das 7:00h as 13h. Paciente encontra-se lúcido e orientado em tempo e espaço, responsivo, aceitou dieta oferecida, portando AVP em MSE, MCP realizado curativo. sem queixas no momento TEC. Nádia / COP Chagas 52/364

HUERB

Reserva

Paciente ABO/RH: B+

Marlene Barros
Biomédica
CRBM 1879/PA

Data: 26/02/2020

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Cênico da Costa Silva

Data de Nascimento: 15/08/1995 | Idade: 24a | Gênero: ☒ M ☐ F | Nº Registro/BE: 2702803

Exames Pré Transfusionais: P.AI ☒ Negativo ☐ Positivo | P.C ☒ Compatível ☐ Incompatível | TH ☒ Negativo ☐ Positivo

Clínica/Enfermaria: CCTB | Leito: 225 | Nº SUS: 700. 6064 3836 2165

2. INFORMAÇÕES DOS HEMOCOMPONENTES LIBERADOS

	ABO/RH	NÚMERO DAS BOLSAS			
C	B+	68812022002			

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

PACIENTE: NOME Cênico da Costa Silva; Nº PRONTUÁRIO 2702803; ENFERMARIA CCTB; LEITO 225; ABO/RHD B+

DOS HEMOCOMPONENTES: Nº DE DOAÇÃO 68812022002; ABO/RHD B+; CH ( ) CP ( ) CRIO ( ) PFC ( ); VOLUME 376 ml

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

PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES (P.A.I.): (X) Negativo ( ) Positivo

TESTE DE HEMÓLISE: (X) Negativo ( ) Positivo

DATA DO ENVIO 26.02.2020

HORA DA LIBERAÇÃO ___h___min

2.2. Inspeção ... ÇÃO DE HEMOTERAPIA – AT/HUERB

☒ 1. Normal | ☐ 2. Rótulo Não Íntegro | ☐ 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. 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 da Rótula.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Leite 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 numero das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação da 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 TRANSFUSÃO

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										
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	T AXILAR	FR	FC	HORA	PA	T AXILAR	FR	FC
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:

Nome _____ Matrícula

Clínica _____ Enf. / leito _____

Data / Hora	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
	pac. bem comunicativo, lucido, orientado, realizou banho de aspersão feito por 2º cuidador, aceita dieta oferecida, PA=130x mmHg
	22:00 FC 36 SpO2 98% PA 120x80 mmHg deit. confort, sem queixas, aceita a dieta oferecida, dorme e acordou quando foi feito curativo

Mª da Conceição Franco
Téc. Enfermagem
COREN-AC 666.381

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

Nome _____ Matrícula

Clínica _____ Enf. / leito _____

Data / Hora	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
11.03.20 7:30	Paciente lúcido, eupneico, hipocorado, realizando exercício de mobilização FD avaliada pelo Dr. Mariano e retirado dreno de postovrac. Enf. Wanda coren 14056 -
9:00	Realizado banho aspersão + curativo em F.O MID com presença de discreta secreção serosa em parte inferior tíbia. Encaminhado no leito para realizar RX conforme solicitado. Enf. Wanda
	Laudo anexado ao prontuário.
18:00	Pcx em 3º dia de POI de Osteossíntese de Fx. Tíbia e Fíbula (Fratura meio de quadro de dor intensa, acordado, lúcido orientado no tempo e espaço, eupneico em ar ambiente - SPO2 100%, normocardíaco 69 bpm, hiperhidratado + / 4+, sustentado no leito não pode colocar carga no MID. Pele acesso venoso em MSE enfaixado sem c.p. FD p/ curativo oclusivo limpo nas paredes de panfilamento. Enf. Carla Gabriela 33.031-5 coren/PR

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO	QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

PRAZO EXPIRADO - DO CIPE

digitado e impresso em 06/03/2020 às 15:29:14

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID. PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:CIRUR AGENDA 09/03 - RODRIGO -HC	1- DIETA VO LIVRE 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8H 500 500 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H 12 20 04 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 — prazo expirado 8- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 80 9- CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE 20 10- CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 11- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 12- CUIDADOS GERAIS/SSVV 13- AGENDADO 09/03 Paulo Fernando Ortiz Ortopedia e Traumatologia CRM 455	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	16:30- Cliente afebril, eupneico, calmo, comunicativo, repouso em leito, realiza de limpeza corporal em leito por familiar. Aceita dieta, fezes micção limpo e sem odor. 06/03/20 às 11:00 Pc. Cirurgico do dia suspenso. Se encontra no período da manhã em a espera do horário Clarice da Silva Carneiro Téc. de Enfermagem COREN 388787

BALANÇO HÍDRICO

[redacted]

Data 04.03.20 Leito 02 Registro
Pac. EDUARDO DA COSTA SILVA Idade 54 a
Diagnóstico
Data da internação 04.03.20 DI:

HORA	DEXTRO	HORA	DEXTRO

Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias
Cateter de ventilação ☐		Tubo Orotraqueal ☐		Acesso Periférico ☐		SNG/SNE ☐		SVD ☐		Drenagem de tórax ☐	
Tubo ☐		Traqueostomia ☐		Intracath ☐		Gastrostomia ☐		HD ☐		Monitor Cardíaco ☐	
VNI ☐		CDL ☐		Dissecção venosa ☐		NPT ☐		PICC ☐		Ventilador Mecânico ☐	

CONTROLE HÍDRICO													SINAIS VITAIS								VENTILAÇÃO					
INFUNDIDO								ELIMINADO					FC	TE	PA	PAM	PVC	Sat O2	FR Pos	FR Vent	FiO	ETCO2	PI PEEP	VT Insp	Fluxo	Modo
VO	SNG/SNE	SORO	Medicamento	DVA	Sangue	Hemoderivado	NPT	Fezes	Urina	SNG	Drenos	HD														
	500	210											108	36.5	114/94			100	18		21%		05	ausente		
									100				102	35.8	137/88			100	17		21%		05	ausente		
		10											143	37.6	88/53 (72)			100	20		21%		05	ausente		
									300		100															

720 SAÍDA 500 TOTAL 220 mL

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:SOL HEMOTRANSFUSAO DE 2CH IV VISITADOR/ORIENTADOR: NELSON MARQUEZINE	1. DIETA VO LIVRE SND 2. SF 0.9% 500ML IV 8/8/H 14 22 04 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10 16 22 04 4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0.9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 10 16 22 04 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8. CUIDADOS GERAIS 9 CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 10 GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 11. TILATIL 20MG IV 2X DIA 10 22 12 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 13 NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA)	16	DAS: 08:00 HS AS 18:00 HS. PAC. LOTE TOMOU BANHO DE ASPERSÃO, LOCADO LEITO DE CAMA + VISTOS FEITOS. CURATIVO + MEDICAÇÃO CRM AS 12:00 REZ - AE William 705604 23/2/2020 S: 15 MS Paciente em quinzas plena de funções fisiologicas preservadas C 1360673 - FERCUMIDA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

A-48

SUS — 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:

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HC

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Cruz do Costa Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - RAÇA/COR:

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / 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:

Fx Femur diaf (D)

+ Fx exposto de Tíbia (D)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Cirurgia

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

Paciente c/ cirurgia agendada p/ o dia 09/03/20

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fx Femur diaf (D) + Fx Tíbia exposta (D)

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:

43 - CNPJ/EMPRESA:

42 - CNAE EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - 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):

José Francisco Pereira Lucena
CNS: 700 3052883638 0
CRM - AC

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

L-225

270 2807

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - SADT

Paciente: Enio do costa Silva | Idade | Leito | Registro/RE

Setor: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CE ☐ UTI

☐ Raio-X: Rx do femur D AP/P
☐ USG
☐ ECG
☐ Ecocardiograma
☐ Outros: Rx do perna D AP/P
☐ EDA

Incidência:

Hipótese Diagnóstica:

Dr. Wesley [illegible] Silva
PRM 2 Ortopedia e Traumatologia
CRM - AC 2296

Indicação:

Data | ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO | Nº CONSELHO

Laudo:

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 Km 3,5 - DISTRITO INDUSTRIAL - RIO BRANCO - CEP 69914123 - TEL.: 9492254336

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

Hemacias (em milhoes).....	3,38	mm3	VR: M:4,5 a 6,1 m:3,6 a 5,4 milhoes
Hemoglobina.....	8,50	g/dl	VR: M:12,8 a 16,3 m:11,3 a 14,5g/dl
Hematocrito.....	28,20	%	VR: M:40 a 54 M:36 a 48 %
VCM.....	83,47	u3	
HCM.....	28,14	uu3	
CHCM.....	33,68	g/dl	

LEUCOGRAMA

Leucocitos Global.....	10.900	/mm3	VR: 4.000 a 11.000 /mm3
Bastonetes.....	0	%	VR: 0 a 3 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Segmentados.....	0	%	VR: 3 a 6 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 3 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Linfocitos.....	3	%	VR: 2 a 4
Valor Absoluto.....	270	mm3	
Monocitos.....	96	%	VR: 36 a 66 %
Valor Absoluto.....	9.720	mm3	
Eosinofilos.....	50	%	VR: 25 a 45 %
Valor Absoluto.....	5.450	mm3	
Basofilos.....	0	%	VR: 2 a 10 %
Valor Absoluto.....	1.152	mm3	
Atipicos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao.....			

Leucocitos.....	45.000	mm3	VR: 150 - 450/mm3

Liberado por DANILO DIOGO FAUSTINO CRUZ em 11/03/20 as 19:16 Coleta 11/03/20 as 07:00 Impresso 11/03/20

PESQUISA DE PROTEINA C REATIVA

PROTEINA C REATIVA	122 mg/L	VR: < 5 mg/L
METODO IMUNOTURBIDIMETRIA		
AMOSTRA:SORO		

Liberado por LUIS GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 181 em 11/03/20 as 19:16 Coleta 11/03/20 as 07:00 Impresso 11/03/20

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
CONFERE COM O ORIGINAL

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

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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 LEVE DOR EM PERNA DIRT. NO MOMENTO. EF: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS, FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:SOL TRANSFUSAO DE 1CH IV VISITADOR/ ORIENTADOR: MARCELO PIMENTA	1. DIETA VO LIVRE SNO 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 12-20-04 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10-16-22-04 4. TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H OU TRAMAL 50MG 2 CP VO 6/6H 14-20-02-08 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 8. CUIDADOS GERAIS Noturno 9 CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10-22 10 GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 11. TILATIL 20MG IV 2X DIA 10-22 12 CLEXANE 40MG SC 1X DIA 16 13 NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 16 14 HEMOTRANSFUSAO DE 1CH IV I Dr. Vinicius Tomaz S. de Souza Preceptor de Cirurgia e Traumatologia CRM - AC 2296	SAMU / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Das 08:hs as 16:hs paciente encontra no leito calmo, em repouso, afebril, tomou banho de lençol + troca de fraldas pos pratico, realizado curativo, foi medicado c. P.M. aceitou a dieta oferecida 27-02-2020 as 06:30 Estava no pernoite sem queixas, medicado em segurança, evolui sem intercorrencias, enfermagem Tec Pedro coren 259955 AC

225

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 221-3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente..: ERICO DA COSTA SILVA (EME) Idade..: 24A
Requisicao: 20.PC.2.001780 Requis.: 27/02/2020
Num. do BE: 02702803

US. Origem.: HUERB/PS CCB
Solicitante: NAO CONSTA Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	2,88	mm3	VR: M:4,5 a 6 H:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	7,85	g/dL	VR: M:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	23,00	%	VR: M: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:.....	34,30	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 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastonetes:.....	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	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	236	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

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)
(9)	Incisão a bordo
(10)	Abertura peritônio e direito e Rx (Int. Neoplasia) após
	abertura do abdômen e cavidade
(11)	Sutura + fixação por pelos
(12)	Incisão no flanco esquerdo
(13)	Exteriorização até 11 mm
(14)	Fixação pele
(15)	Curativo cavidade e colostomia
(16)	Abertura peritônio e direito
(17)	Rx
(18)	Barriga + bordo
(19)	Fixação por pelos
(20)	Bordo seco
(21)	Inspeção de dreno

ESQUEMA DOS ACHADOS - RELAÇÃO DE DRENOS/ESTOMAS

1.
2.
3.
4.
5.

Carimbo: PAULO MIRANDA CRM AC 1416

DATA 05/05/24

CRM AC 2 4 V

Assinatura do responsável pela cirurgia

Paciente: ABO/Rh

B+

Assinatura e Carimbo Biólogo/Biomédico/Farmacêutico Responsável

10 / 05 / 2020

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: ERICO DA COSTA SILVA

Data de Nascimento: / / | Idade: | Gênero: ☒ M ☐ F | Nº Registro/BE: 468106

Exames Pré - Transfusionais: P.A.I ☒ Negativo ☐ Positivo | F.C ☐ Compatível ☐ Incompatível | TH ☐ Negativo ☐ Positivo

Clínica/Enfermaria: PDI | Leito: 03 | Nº SUS:

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

	ABO/Rh	NUMERO DAS BOLSAS			
CH	B+	0122000221006			
PFC					
CP					
CRIO-P					
OUTROS					

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA – AT/FUNDHACRE

☒ 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. 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 numero das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação da 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 TRANSFUSÃO

REGISTROS	1ª BOLSA Nº					2ª BOLSA Nº				
	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
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	FC	HORA	PA	Tº AXILAR	FR	FC
Início										
Após 15'										
Após 30'										
Após 1h										
Após 2h										
Término										
Assinatura do Responsável pelo Monitoramento						Assinatura do Responsável pelo Monitoramento				

COMPARE COM O ORIGINAL

134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST 6 LOT 032674

134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST 6 LOT 032674

FUNDAÇÃO HOSPITAL ESTADUAL DO ACRE
FUNDHACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO ☒
UTI ☐
AMBULATÓRIO ☐

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

CARTÃO SUS 700 6064 3836 2168
Nº DO LEITO: 48

NOME DO PACIENTE Erico da Costa Silva
PROCEDIMENTO REALIZADO FX Exposta de Fêmur Direito + Fx Exposta Tíbia Direita
TIPO DE ANESTESIA Raquis + Sedação

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Agua Bi-Destilada					un.	Agulha Hipodérmica nº				
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	AGULHA DE RAQUE Nº	/			
amp.	ADRENALINA					un.	Algodão Ortopédico				
b.	MARCAINA PESADA 0,5%	/				un.	Atadura de Crepe				
amp.	DORMONID	/				un.	Atadura Gessada				
ml	LIDOCAINA 2 % S/V	/				un.	Compressa 10 x 10	800 Raze			
ml	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50				
ml	LIDOCAINA 2 % C/V					un.	Dreno nº				
ml	Inovat					un.	Lâmina de Bisturi nº 23	1			
fr.	PROPORFOL					un.	EQUIPO				
tb.	Lindocaina Gel (Xylocaina)					Par.	Luvas de Borracha nº 8,0,7,5				
fr.	Tiopental (Tiionembutal)					un.	CÂTETER INTRAVENOSO				
fr.	Succinilcolina (Quelicin)					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml				
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				
amp.	RONCURONIO					un.	Sonda nº				
fr.	PROPORFOL					un.	Sonda Foley nº				
fr.	ATRACURIO					un.	FIO VICRYL Nº /				
fr.	DECADRON					un.	FIO POLIESTER Nº				
fr.	Ketalar					un.	CATEGUTE CROMADO nº				
amp.	Ocitocina-Su (Syntocinon)					UN.	CATEGUTE SIMPLES Nº				
amp.	Metilergometrina (Metrergin)					UN.	MONONYLON Nº 0				
un.	NAUSEDRON					UN.	ALGODÃO Nº				
un.	SEVOFURANE					ML	ÁLCOOL 70%				
un.	ISOFURANEO					ML	SOLUÇÃO DEGERMANTE 30 ml				
un.	SORO GLICOSADO					ML	SOLUÇÃO ALCOOLICA 30 ml				
un.	SORO RINGER 500 ml	☐					Entrada	☒			
un.	SORO FISIOLÓGICO 1000	☒		500							

CIRURGIÃO	CIRCULANTE	ANESTESISTA	HORA ENTRADA SO	HORA SAÍDA SO
Dr. Rodrigo	Araujo	Valdiqui		
CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR	ENFERMEIRO	HORA INÍCIO ANESTESIA	HORA FINAL ANESTESIA
Marcio Ulisses	Claudemir	Vanessa		

Monica

CONFERE COM O ORIGINAL

BALANÇO HÍDRICO

HOSPITAL E CLÍNICAS

[redacted]

Data: 11.03.20 Leito: 01
Paciente: Erica da Costa Silva Registro: Idade: 24
Diagnóstico: Pneumonia de fundo
Data da internação: 09/03/20 DI: 02

HORA	DEXTRO	HORA	DEXTRO

Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias	Procedimentos	N° dias
Máscara de venturi ☐		Tubo Orotraqueal ☐		Acesso Periférico ☐		SNG/SNE ☐		SVD ☐		Drenagem de tórax ☐	
Tubo ☐		Traqueostomia ☐		Intracath ☐		Gastrostomia ☐		HD ☐		Monitor Cardíaco ☐	
VNI ☐		CDL ☐		Dissecção venosa ☐		NPT ☐		PICC ☐		Ventilador Mecânico ☐	

HORA	CONTROLE HÍDRICO – INFUNDIDO: VO	SNG/SNE	SORO	Medicamento	DVA	Sedação	Hemoderivado	NPT	ELIMINADO: Fezes	Urina	SNG	Drenos	HD	SINAIS VITAIS: FC	TC	PA	PAM	PVC	SaO2	FR: Pat	FR: Vent	VENTILAÇÃO: FIO	ETCO2	PI PEEP	VT T insp	Fluxo	Modo
7																											
8																											
9																											
10														90	32.7	129/87		14	96	85		21%					
11																											
12																											
13																											
14																											
15														99	33.7	128/78		15	98	85		21%					
16														99	35.8	120/67		18	95	91		21%					
17																											
18														98	37.7	136/87		17	99	98		21%					
19																											
20														98	36.9	143/63 (98)			99	22		21%					
21																											
22																											
23																											
24																											
0h																											
1h														97	36.6	140/92 (97)		-	99	20		21%					
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7														98	36.5	139/90 (93)		-	98	22		21%					

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Enico da Costa Silva

LEITO: ORTOPEDIA / POI L-01.

DATA: 10/03/20

1. DIETA livre ..... ONS
2. SRL 500ML EV 8/8 HORAS 22 06
3. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6h 10 16 22 04
4. GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA 22
5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS 10 16 22 04
6. OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA ..... 06 VO
7. TRAMAL 100mg / PLASIL 10mg / SF 0,9% 100ml — EV 8/8H LENTO..... 22 06
8. CLEXANE 40mg SC 1x ao dia 22
9. CAPTOPRIL 25 mg VO se PAS >= 160/ PAD >= 100 ..... SN
10. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS ..... Rotina
11. TRAMAL 1 CP VO DE 8/8 HORAS SE NÃO HOUVER O EV
12. TILATIL 1 AMP EV 12/12 HORAS (10) 22

13- Clorafenicol 0,5mg (VO) a partir de 20.

EVOLUÇÃO MÉDICA

POD Osteossíntese femur - fíbula (D) s/ intercorrências

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

Vinicius Magalhães CRM 1241AC

Rodrigo Minuano CRM 745AC

16:45h Pcd c queixa de dor intensa (+++), taquicárdico, hipomeado
ex: Abdome flácido 2CH (ok) ogeria

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

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO 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 sonolência e fratura exposta de Fêmur Direito

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Politrauma
TCE

Motivo da Cobrança: 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 CONIV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFÊRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFÊRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFÊRENCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFÊRENCIA 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. NASC.

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

Pag.: 00

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908820 - Tel.: 223-3080
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

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)	4	mmi	VR: M:4,5 a 6 M:4 a 5 m
Hemoglobina	11	g %	VR: H:13 a 18 M:12 a 16
Hematocrito	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
CHCM	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 08:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

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

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 25/02/20 as 00:33 Coleta: 25/02/20 as 08:25-1a. Via Impressa: 25/02/20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

POI L_01

NOME: ÉRICO DA COSTA SILVA.

LEITO: ORTOPEDIA /

DATA:

1. DIETA livre .....
2. SRL 500ML EV 8/8 HORAS 00 30 08 14
3. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6h 04 10 16
4. GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA 00 30
5. DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS 04 10 16
6. OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA ..... 04 VO
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 >= 160/ PAD >= 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

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

Vinícius Magalhães CRM 1241AC

Rodrigo Minuano CRM 745AC

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

[illegible] CEP.:[illegible] - Tel.: [illegible]
CGC - 63.607.960/0001-70

Paciente..: ERICO DA COSTA SILVA POI -01 (EXT) Idade..: NINF
Requisicao: 20.PC.1.002561 Requis.: 11/03/2020
Identif...: 00000000

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

VELOCIDADE HEMOSSEDIMENTACAO

Material: Sangue Total

Exame	Resultado	
[illegible]	40,00	mm
[illegible]	120,00	mm

Homem: 2 a 8 mm Mulher: 0 a 20 mm
Homem: 6 a 16 mm Mulher: 3 a 20 mm

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por CARLIO SERGIO FRUTUOSO CRBM/A [illegible] em 11/03/20 as [illegible] Coleta 11/03/20 as 07:36 Impresso [illegible]

HOSPITAL DAS CLINICAS DO RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

225

Pag.: 001

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
av. Macena Uchoa [illegible] - Bosque - Rio Branco - CEP [illegible] - Tel.: [illegible]
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente..: ERICO DA COSTA SILVA (EME)
Requisicao: 20.PC.2.002587
Num. do SE: 02702803

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

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (eritrocitos)	3,83	mil	VR: 4,4 a 5,4 x 10 6/mm3 (mm)
Hemoglobina	10,11	g/dL	VR: 11,0 a 16 M,12 a 15 g/dL
Hematocrito	28,80	%	VR: 36,0 a 48 M,37 a 45 %
VCM	81,40	fl	VR: 79 a 98 fl
HCM	26,39	pg	VR: 25 a 34 pg
CHCM	34,40	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global	14.000	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Neut. B	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Basofilos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	420	mm3	
Eosinofilos	4	%	VR: 2 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Mielocitos	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto	0	%	
Metamielocitos	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto	560	mm3	
Segmentados	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto	10 920	mm3	
Bastonetes	9	%	VR: 01 a 05 %
Valor Absoluto	1.260	mm3	
Linfocitos	2	%	VR: 1 a 4 %
Valor Absoluto	840	mm3	
Monocitos	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto	0	mm3	
Observacoes			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ARAUJO MENEZES 06/03/20 as 14:12 Coleta: 06/03/20 as 13:14:14 Via Impressao: 08/03/20

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	3 MINUTOS		VR: 1 - 6 minutos
Tempo de Coagulacao	6 MINUTOS 30 SEGUNDOS		VR: 3 - 10 minutos
Dosagem de Plaquetas	347 000	/mm3	VR: 150 a 400 000 /mm3

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ARAUJO MENEZES 06/03/20 as 14:12 Coleta: 06/03/20 as 13:14:14 Via Impressao: 08/03/20

Pag.: 001

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 KM. 4/N. - [illegible] - RIO BRANCO - CEP.69914220 - Tel.: [illegible]
CGC - 63.602.940/0001-70

Paciente..: ENIO DA COSTA SILVA POI-01 (EXT)
Requisicao: 20.PC.1.002715
Identif...: 00000000

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

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

Cons. Regional:

FOSFORO

Amostra: Soro
Metodologia: Cinetica

Valor..... 4,30 mg/dL

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

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS, SÃO PARA PACIENTES ADULTOS E JOVENS MAIORES, DEPENDENDO DA METODOLOGIA E REAGENTES UTILIZADOS.

Operado por LUIZ GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 451 em 10/03/20 as 06:19 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

UREIA

Amostra: Soro
Metodologia: Enzimatica

Ureia..... 44,00 mg/dL

VR:16,6 A 48,5 mg/dL

Operado por LUIZ GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 451 em 10/03/20 as 06:19 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

CREATININA

Amostra: Soro
Metodologia: CINETICA

Creatinina..... 1,70 mg/dL

VR: M:0,5 - 1,0 F:0,5 - 1,2 mg/dL

Operado por LUIZ GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 451 em 10/03/20 as 06:19 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

SODIO

Amostra: Soro
Metodologia: ELETRODO SELETIVO

Sodio..... 131,00 mmol/L

VR: 135 a 145 mmol/L

Operado por LUIZ GUILHERME M PEREIRA CRF/AC 451 em 10/03/20 as 06:19 Coleta 10/03/20 as 05:56 Impresso 10/03/20

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
CONFERE COM O ORIGINAL

NOME: _____ MATRÍCULA: | | | | | | |

CLÍNICA: _____ Enf. / leito _____

Data / Hora	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
14/09/2020	Paciente comunicativo, lucido, orientado, em uso cefalic, normotenso, hipocorado, mega queixa, aceita dieta oferecida, chorou presente, movimenta ativamente pelando AVP, medicado ofm PA 120x80 mmHg tax 36 ER temperatura 168 311
16:30h	- sem de alta hospitalar, após RO de Fratura de Tibia, orientado receitas e retorno ambulatorial.

Geania de Souza Fernandes
Enfermeira
COREN/AC 065593

DISCRIMINAÇÃO DE MATERIAL DE CONSUMO | QUANTIDADE

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

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

digitado e impresso em: 08/03/2020 às 09:22:00

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	ERICO DA COSTA SILVA	24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	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: PERFUSAO + NEUROLOGICO DO MID PRESERVADOS. FO COM LEVE SANGRAMENTO CD:CIRUR AGENDA 09/03 - RODRIGO -HC Antonio ISSE Aguardando transferencia	1- DIETA VO LIVRE, APÓS 00H DIETA ZERO 5043 2- SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 14 22 06 3- DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H (INTERCALAR COM O ITEM 4) 10 16 22 04 4- TRAMAL 100 MG + 100 ML SF 0,9% IV 8/8 H 14 22 06 5- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HRS S/N 6- OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA S/N 7- CIPROFLOXACINO 400MG IV 2X DIA 10 22 8- GENTAMICINA 240MG +SF100ML IV 1X DIA 10 9- CLONAZEPAN 0,5MG, VO, 1 COMP A NOITE 20 10- CLEXANE 40MG SC 1X DIA (SUSPENSO) 11- NORIPURUM 1 AMP + SF100ML + COMPLEXO B 1 AMP + VITAMINA C 1 AMP IV 3X POR SEMANA (SEGUNDA, QUARTA, SEXTA) 12- CUIDADOS GERAIS/SSVV 13- AGENDADO 09/03 Glaucia Martes Silva PRN de Ortopedia CRM/AC 2416 * Transferência para Hospital das Clínicas	SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL	Dos 07 às 19: foram realizados banho no leito, troca de curativo, foi medicado. Família presente. Enf. Rosangela COREN 718.988. 09.03.2020 - Às 10h foi transferido para o UTC para realizar procedimento cirurgico. Daniela da Silva Paixão Enfermeira COREN-AC 601.309

fls. 215

HOSPITAL DAS CLINICAS DO ACRE
PATOLOGIA CLINICA

BR 364 KM 3/4, DISTRITO INDUSTRIAL RIO BRANCO - CEP 69914220 - Tel.: 0682/4335
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:

TRANSAMINASE - TGO

Amostra: Soro
Metodologia: Cinetica

Resultado..... 45,00 U/L VR: M= ate 40 U/L M= ate 32 U/L

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

Liberado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 487 em 11/03/20 as 13:05 Coleta 11/03/20 as 07:04 Impresso 11/03/20

GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE

Amostra: Soro
Metodologia: Cinetica

Resultado..... 19,00 U/L VR: M:13 - 38 M:8 - 6 U/L

Liberado por LUIZ GUILHERME M FERREIRA CRF/AC 487 em 11/03/20 as 13:05 Coleta 11/03/20 as 07:04 Impresso 11/03/20

HOSPITAL [illegible] RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

228

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
AV. NACOES 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
Solicitante: WESLEY HOFFMANN SANTOS DA SILVA

Cons. Regional: 2296

Setor.....: 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:.....	8,55	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	25,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	79,20	fl	VR: 78 a 98 fl
HCM:.....	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	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	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 8 %
Valor Absoluto:.....	189	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	

Observacao:..... 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

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

Clínica: _____
Enferm. / leito: A/L18
UTI - leito: _____

MATRÍCULA [ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Data Nasc.: __/__/__ Sexo: M [ ] F [ ]
Nome: Guido da Silva

PRESCRIÇÃO PARA O DIA: 14/09/2023

Observações: _____

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
	1. DIETA livre		SNJ
	2. SRL 500ML EV / HORAS		10
	3. GENTAMICINA 240MG EV 1X AO DIA		
	4. CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		10 16
	5. ~~DIPIRONA 1G + 20ml ABD EV 6/6H~~		10 16
	6. OMEPRAZOL 40MG + ABD EV AO DIA		
	7. TRAMAL 100mg / PLASIL 10mg / SF 0,9% 100ml — EV 8/8H SN		
	8. ~~CLEXANE 40mg SC 1x ao dia~~		16
	9. DEXAMETASONA 10MG EV 12/12H (SUSP)		
	10. TILATIL 20MG EV 12/12H		10
	11. CAPTOPRIL 25 mg VO se PAS >= 160/ PAD >= 100		
	12. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS		rotina
	13. CURATIVO		10
	14 Fisioterapia Motora		FST

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia / Traumatologia
CRMAC 1241

Pct BEG, lúc, nome feito, hipocorado
sub lut 9/24. Qd siguiens clínica
receber alta, prosseguir c/ curativos,
curativo + ATB cogitados
Marina

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE CRIANÇA

Dr. Vinicius de Macedo Magalhães
Ortopedia / Traumatologia
CRMAC 1241

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
AV. NACOES 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
Solicitante: WESLEY HOFFMANN SANTOS DA SILVA
Cons. Regional: 2296

Setor.....: 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: GLEICE ELIZABETH DA ROCHA MORAES 25/02/20 as 15:08 Coleta: 25/02/20 as 14:00-1a. Via Impressa: 25/02/20

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Gleice E. R. Moraes
Biomédica
CRBM 1 nº 8474

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

Clínica _____
Enferm. / leito A
UTI - leito 48

MATRÍCULA ☐ ☐☐☐-☐☐☐
Data Nasc. __/__/__ Sexo M ☐ F ☐
Nome [illegible]

Observações _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 12/03/20

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
1	- Mantém hipertensão + hipocalcemia		SND.
2	- SF 0,9% 500 ml (IV) 12/12 horas		10 - 22
3	- Clindamicina 600 mg (IV) 6/6 h		10 - 16 - 22 - 04
4	- Gentamicina 240 mg (IV) em 14 1x - SF 0,9% 100 ml		22
5	- Dipirona 1g (IV) 4/4 h		10 - 14 - 18 - 22 - 02 - 06
6	- Fraxiparina 1 cap - Plavix - 1 cap - SF 0,9% - 250 ml	(IV) em 16 8/8 h IV	14 - 22 - 06
7	- Citrato 40 mg (SC) 1x		22
8	- Tibatol 1 cp (VO) 12/12 h		10 - 22
9	- Omeprazol 1 cp (VO) 12/12 h		16 - 04
10	- Glicose diabetes		04
11	- Sinais vitais + cuidados gerais		10 - 16 - 22 - 04
12	- Fisioterapia respiratória		FST
13	- Clonazepam 0,5 mg (VO) à noite		20
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	Avaliar p/ extubação		cuidado
	-		
	-		
	-		
14	- [illegible]		

MARCIO MINORO
CRM 745 AC

Fisioterapeuta

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

CONFERE COM O 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

Clínica _____
Enferm. / leito A
UTI - leito 48

MATRÍCULA ☐ ☐☐☐-☐☐☐
Data Nasc. __/__/__ Sexo M ☐ F ☐
Nome [illegible]

Observações _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 12/03/20

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
1	- Mantém hipotensores + hipocolesterolemiantes		SND.
2	- SF 0,9% 500 ml (IV) 12/12 horas		10 - 22
3	- Clindamicina 600 mg (IV) 6/6 h		10 - 16 - 22 - 04
4	- Gentamicina 240 mg (IV) ~~ao 14 1x~~		22
	- SF 0,9% 100 ml		
5	- Dipirona 1g (IV) 4/4 h		10 - 14 - 18 - 22 - 02 - 06
6	- Fraxiparina 0,6 ml (SC) ao 14		14 - 22 - 06
	- Plavix 75 mg		
	- SF 0,9% 250 ml 8/8 h IV		
7	- Citrato de Tamoxifeno 40 mg (SC) 1x		22
8	- Tibatol 1g (IV) 12/12 h		10 - 22
9	- Omeprazol 40 mg (IV) 12/12 h		16 - 04
10	- Glicose diluída		09
11	- Sinais vitais e cuidados gerais		10 - 16 - 22 - 04
12	- Fisioterapia respiratória		FST
13	- Clonidina 0,15 mg (VO) 8 em 8 h		20
	-		
	-		
	-		
	-		
	-		
	Aguardar p/ referência		cuidado
	-		
	-		
	-		
14	-		

Rodrigo Miranda
CRM 745 AC

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

CONFERE COM O ORIGINAL

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente..: ERICO DA COSTA SILVA (EME) Idade..: 24A
Requisicao: 20.PC.1.003040 Requis.: 01/03/2020
Num. do BE: 02702803

US. Origem.: HUERB/PS CLB
Solicitante: NAO CONSTA Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3,65	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina.....	10,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	29,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	80,00	fl	VR: 78 a 98 fl
HCM.....	28,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	34,93	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	13.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Bastilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilos.....	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	%	
Basofilos.....	4	%	VR: 0 a 5 %
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.....			

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRF-AC 00

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/03/20 as 18:35 Coleta: 01/03/20 as 16:56-1a. Via Impressa: 01/03/20

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO		VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao.....	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 as 18:35 Coleta: 01/03/20 as 16:56-1a. Via Impressa: 01/03/20

225

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
AV. MACEIO 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.2.002087
Num. do BE: 02702803

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

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

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes).....	3,58	mm3	VR: H:4,6 a 6 M:4 a 5 milhoes/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
Basofilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Eosinofilos.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	420	mm3	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Bastonetes.....	4	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	560	mm3	
Segmentados.....	78	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	10.920	mm3	
Linfocitos.....	9	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	1.260	mm3	
Monocitos.....	6	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	840	mm3	
Blastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 09/03/20 as 16:12 Coleta: 08/03/20 as 15:13-1a. Via Impressa: 08/03/20

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	3 MINUTOS		VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao.....	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 09/03/20 as 16:13 Coleta: 08/03/20 as 15:13-1a. Via Impressa: 08/03/20

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

Clínica _____
Enferm. / leito _____
UTI - leito _____

48

MATRÍCULA [ ] [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Data Nasc. __/__/__ Sexo M [ ] F [ ]
Nome Caio do C Filho

Observações _____

PRESCRIÇÃO PARA O DIA 13/03/20

ITENS	DIETAS - HIDRATAÇÃO - MEDICAMENTOS	VIA	HORÁRIOS
(1)	- Dieta hipoglicídica + hipocalórica		
(2)	- SORO fisiológico (EV) 18/16		~~10~~ 22
(3)	- Fluconazol 200 mg (EV) 6/6h		~~10~~ ~~16~~ 22 04
(4)	- Gentamicina 240 mg (EV) em 1h		22
	- SORO 100ml / 1x		
(5)	- Bromo 1 cp (VO) 9/14h		~~10~~ ~~14~~ ~~18~~ 22 04
(6)	- Tiocol - 1 cp		
	- Tiocol - 1 cp (VO) em 1h		
	- SOS - 20ml / 8/8h VN		10 18 02
(7)	- Heparina 40 mg (SC) 1x		
(8)	- Tilatil 1 cp (VO) 12/12h		~~10~~ 22
(9)	- Omeprazol 1 cp (VO) 12/12h		~~16~~ 04
(10)	- Dieta livre		10
(11)	- Sinais vitais e controles gerais		
(12)	- Fisioterapia motora		
	-		
	-		
	-		
	- RODRIGO MIRANDA		
	- CRM 1145/R		
	-		
	-		
	-		
	- 13.03.2020 Realizada fisioterapia motora		
	- (TARDE)		
	- RO 04		

Carimbar e rubricar após fazer a prescrição e suas alterações

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DO ACRE
CONFERE COM O ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDASA,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[illegible]:	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

Francisca C. A. Menezes
Bioquímica
CRM-[illegible]-PA

JVNOGUEIRA

J.V. NOGUEIRA IMP E EXP LTDA

001068

PEDIDO

Rua Isaura Parente, 671 - Sala 106 - Anexo ao Posto JC
CEP: 69.900-193 - Rio Branco - Acre
Email: jvnogueira2017@gmail.com
68 - 3223-552 / 99985-3305

Hospital: [illegible] Cidade: [illegible]

Paciente: [illegible] Data Cirurgia: [illegible]

Médico Resp.: [illegible] Convênio: [illegible]

Prontuário: [illegible] Procedimento: [illegible]

QUANT.	DESCRIÇÃO	ITEM	LOTE	PREGÃO	V. UNIT.	V. TOTAL
03	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
03	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Data: ___/___/___

VALOR TOTAL R$ [illegible]

SISTEMA FUNDHACRE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

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

Clínica _____
Enfermaria _____
Leito _____

MATRÍCULA
Data Nasc. ___/___/___ Sexo M ☐ F ☐
Nome _____

☐ CIRURGIA ELETIVA ☒ URGÊNCIA

Realizada em 25 / 03 / 22 Hora do início 19:00 Término 23:30 Duração 4:30

Cirurgia de ☐ Pequeno porte ☐ Médio porte ☒ Grande porte

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião Responsável. (a) Pedro Rocco CRM AC 714 V
Equipe cirúrgica Vinicius Magalhães
Anestesista(s)Dr.(s) Valdito
Instrumentador(a) Rodrigo Sala de cirúrgia 06

DADOS SOBRE A CIRURGICA

Diagnóstico pré-operatório Cisto raio e fístula esplenica Cs
Relatório histopatológico
Achados per-operatórios - Cisto correto no mesocolon
- Cisto e contaminação (aglutinado? pedo?)

Cirurgia realizada Drenagem + dulcidreto + biópsia e hemostasia intraoperatória

☐ 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)
01	Pinça e retirada de cisto
02	Pinça redução no baço
03	Pinça aderido no cólon
04	Pinçado fio seda no fundo
05	Drenagem + dulcidreto (2 tubos sucção)
06	Fechamento até 12 mm
07	Tallido alto

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
CONFERE COM O ORIGINAL

Secretaria de Estado de Saúde
HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FUNDHACRE
GERÊNCIA DO CENTRO CIRÚRGICO
Fone: 3226- 4336 - Ramal: 255

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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 citado, 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.

Confirmo 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: Érico da Costa Silva
RG:_____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Polegar Direito

Érico da Costa Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Indústria Gráfica Brasileira

fls. 230

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
1239846-2

DATA DE EXPEDIÇÃO
19/08/2016

NOME
ÉRICO DA COSTA SILVA

FILIAÇÃO
JOSÉ NOGUEIRA DA SILVA
MARIA LEAL DA COSTA

NATURALIDADE
RIO BRANCO - AC

DATA DE NASCIMENTO
15/03/1995

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

P 80

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83