



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

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

Dados Básicos

Foro:	Rio Branco
Processo:	07038821920238010001
Classe do Processo:	Pedido de Juntada de Documentos
Data/Hora:	01/06/2023 16:20:18

Partes

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

Arquivos

Petição:	2883500_JUNTADA_DE_DO CS_01 - 1-3.pdf
Anexo - Petição:	2883500_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - PART 02 - 1-24.pdf
Anexo - Petição:	Pages from 2883500_JUNTADA_DE_DO CS_Anexo_02 - PART01 - 1-25.pdf



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07038821920238010001

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 **REDIVALDO MELO 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 pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 24 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
OAB/AC 4550

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: REDIVALDO MELO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 0000045782-5

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



Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REDIVALDO MELO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 10/06/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do Seguro do Vítima

14 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 45/2022

5 - Nome completo: Medardo Melo de Sá

7 - Profissão: Motorista

11 - Endereço: R. dos Anjos

12 - Cidade: Volta Grande

13 - Estado: SP

14 - CEP: 13051-616

16 - Telefone: (11) 3301-6440

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos Abano, Atividade e Capital)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Itaú (341) ☐ Bradesco (237)

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 45987

AGÊNCIA: 0000 CONTA: 0000

Nome do BANCO: CONTA CORRENTE (só no banco)

(Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta)

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
- 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;

solite o preenchimento da análise da minha residência para fins do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas autorizadas, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74

Declaro que esta autorização não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, esta livre de seu conteúdo

DECLARAÇÃO DE ÔNICO ATENÇÃO: PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa da morte com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima possui companheira(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima possui companheira(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima possui filhos: ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

35 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

36 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

37 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

38 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

39 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

40 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

41 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

42 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

43 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

44 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

45 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

46 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

47 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

48 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

49 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

50 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

51 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

52 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

53 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

54 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

55 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

56 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

57 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

58 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

59 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

60 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

61 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

62 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

63 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

64 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

65 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

66 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

67 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

68 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

69 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

70 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

71 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

72 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

73 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

74 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

75 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

76 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

77 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

78 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

79 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

80 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

81 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

82 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

83 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

84 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

85 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

86 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

87 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

88 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

89 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

90 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

91 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

92 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

93 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

94 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

95 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

96 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

97 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

98 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

99 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

100 - Vítima possui irmãos: ☐ Sim ☐ Não

35 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

36 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

37 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

38 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

39 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

40 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

41 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

42 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

43 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

44 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

45 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

46 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

47 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

48 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

49 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

50 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

51 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

52 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

53 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

54 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

55 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

56 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

57 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

58 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

59 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

60 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

61 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

62 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

63 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

64 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

65 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

66 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

67 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

68 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

69 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

70 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

71 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

72 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

73 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

74 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

75 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

76 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

77 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

78 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

79 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

80 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

81 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

82 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

83 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

84 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

85 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

86 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

87 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

88 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

89 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

90 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

91 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

92 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

93 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

94 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

95 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

96 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

97 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):

98 - Nome completo de quem assina a petição (a nome):

99 - CPF (se for de quem assina a petição (a nome):

100 - Assinatura de quem assina a petição (a nome):



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL – SEPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 2ª REGIONAL – 2ª DPCR
ENDEREÇO: CIDADE DO POVO – RIO BRANCO-AC
TELEFONE: (68) 3223-3943 – E-MAIL: 2dpcr.sepc@ac.gov.br

OFFLINE

OCORRÊNCIA Nº 1201/2019

Registrado em: 30/07/2019, às 08h14min

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data/Hora do Fato: 11/04/2019 às 14h00min

LOCAL DO FATO:

Município: RIO BRANCO-AC
Endereço: RUA CUNHA MATOS
Bairro: BAIRRO 06 DE AGOSTO
Referência:

Estado: AC
CEP:
Tipo de Local: VIA PÚBLICA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA

Filiação: ANTONIO GOMES DA SILVA e LIDIA GOMES DE MELO

Dados Pessoais: BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA

RG: 298483 - SSP/AC

CPF: 747.036.252 - 53

DATA DE NASCIMENTO: 11/12/1981

NATURAL: BOCA DO ACRE - AM

ENDEREÇO: RUA DAS ARVORES, 331.

BAIRRO: BELO JARDIM I

FONE: (68) 99201-6442

OBJETO/DOCUMENTOS:

O COMUNICANTE VEIO A ESSA REGIONAL INFORMAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS ESTAVA SE DIRIGINDO AO SEU LOCAL DE TRABALHO EM SUA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI DE COR VERMELHA, PLACA NAD 0689, QUANDO UM VEICULO MODELO GOL AZUL ESCURO, PLACA MZW-8523 CONDUZIDO PELO SENHOR RAFAEL DA SILVA RIBEIRO, COLIDIU EM SUA MOTOCICLETA, QUE VEIO A CAIR NO CHÃO, QUE FOI ATENDIDO PELO SAMU NO LOCAL, QUE TEVE SUA PERNA FRATURADA DEVIDO AO IMPACTO DA COLISÃO.

Jarlem Alexandre Martins Rodrigues
Delegado de Polícia
JARLEM ALEXANDRE MARTINS RODRIGUES
Delegado de Polícia

Jean Jesus da Silva Firmino
JEAN JESUS DA SILVA FIRMINO
Comissário de Polícia Civil

Redivaldo Melo da Silva
REDIVALDO MELO DA SILVA
Comunicante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do Seguro do Vítima

8 - Nome completo da vítima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 45/2022

5 - Nome completo	Medardo Melo de Sá		
7 - Endereço	R. dos Anjos		
11 - Bairro	Vila Lacerda		
12 - Cidade	Vila Rica		
13 - Estado	PE		
14 - CEP	69904-616		
16 - Telefone	(91) 3501-6440		
9 - Número	991.036.991-53		
10 - Complemento	53		

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Atente para o tipo de conta)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 45987

ASÍNCIA: CONTA: CONTA:

(Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta)

(Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta) (Informe o tipo de conta)

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 trabalhar e de exercer a função de trabalho habitual, por motivo de doença ou acidente, desde a data da ocorrência do sinistro, conforme o laudo do IML (IML nº 6.194/74), emitido em 06/19/74, em virtude de:

- 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 não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às custas autorizadas, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa qualquer concordância com a futura avaliação médica ou técnica no âmbito do direito de contestar a avaliação médica, esta livre de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔMIOS ATENCIONADOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Suíço ☐ Casado (ou Civil) ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Causa da morte com a vítima: ☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima do mesmo acidente(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima do mesmo acidente(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima do mesmo acidente(a): ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima do mesmo acidente(a): ☐ Sim ☐ Não

34 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não

35 - Nome completo de quem assina a petição (a seguir):

36 - CPF (se for de quem assina a petição (a seguir))

37 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

38 - Nome: ☐ Sim ☐ Não

39 - CPF: ☐ Sim ☐ Não

40 - Assinatura da testemunha

41 - Assinatura de quem assina a petição (a seguir)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

TESTEMUNHAS

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:

28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320007902201

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REDIVALDO MELO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000045782

Número da Autenticação

EB16FD8CDE191493



Governo do Estado do Acre
Secretaria do Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Pedroaldo Alves do Sô

O paciente supracitado apresenta Fratura exposta da
a partir de 1 cm

ou há 5 meses, tendo sido tratado com Fixação

No momento, encontra-se estável em curativo
em uso de Fio de Sato

CID: 793.1
S82

[Assinatura]
Médico

Rio Branco AC

30/03/19



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: REDIVALDO MATEUS SILVA

O paciente supracitado apresenta FRATURA DO TÍBIA DISTAL
a partir de 11/06/15

trixenta tendo sido tratado com cirurgia no
módulo recurso de apoio

em todo o período
sem cirurgia
No momento, encontra-se em recuperação

sem complicações

Residência Médica

Hospital

CID: S52.2

Médico

Rio Branco - AC

18/06/15



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: EDUARDO MICO DA SILVA

O paciente supracitado apresenta Fratura da Perna (F-5)
Sint. de dor a partir de 11/10/19

ou há _____ tendo sido tratado com _____

No momento, encontra-se F-5 da Perna
em repouso

582.722

CID: 713

793

Médico

Rio Branco - AC

20/09/19



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Otorrinolaringologia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: RODRIGO LUIZ DA SILVA

O paciente supracitado apresenta FRATURA TIBIA
DESTADA a partir de 11/10/19
ou há _____, tendo sido tratado com FIXADOR
EXTERNO.

No momento, encontra-se em bom estado
de saúde. APLICANDO
RETRATAMENTO DE ORTODONTIA.

CID: S82.2

Médico

132/10

100

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 96698
Numero do CNS.....: 706203419895279
Nome.....: REDIVALDO MELO DA SILVA
Documento.....: CNS Tipo :
Data de Nascimento: 11/12/1981 Idade: 37 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO GOMES DA SILVA
Mãe da Mãe.....: LIDIA GOMS DE MELO
Endereço.....: RUA L MACARRAO 502
Bairro.....: BELO JARDIM 1 Cep.: 00000-000
Telefone.....: 982134677
Município.....: 1200401 - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

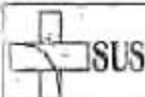
Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2631479
Clínica.: 000 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.: 999,0061
Data da Internacao: 11/04/2019
Hora da Internacao: 16:00
Medico Solicitante: 811.964.742-49 - CLEZION FERREIRA LELES
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.: Y97.1
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

**SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL**

$$1 \equiv (2)$$



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

HUERB

2- CNES

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

Reinaldo de Almeida do S.O.

6- Nº DO PRONTUÁRIO

96698

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

11/12/1981

9- SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Íldia Gomes de Melo

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Ramal Macaenao 502. Belo Jardim

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14- CDD. IBOE - HUNTER

AC6990000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

dor, edema e deformação do MTD.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

úlceras

SAME / HUERB

CÓPIA

INFORME ORIGINAL

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura parietal + Sd. compatimental.

21- CID. 10 PRINCIPAL

22- CID. 10 SECUNDÁRIO

23- CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Carlos Moreira

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

12/05/14

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

Andréa Moreira
CRM 123456
RUBRICADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- CDD. CRIAÇÃO EMISSÃO

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

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

☐ CNS

☐ CPF

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE
Fátima LEXANDRE Azevedo

1225

LEXANDER

2007

07-08

LEITO

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
01/04/18	Paciente Per operado sem anestesia + medicação + Huerbo com fraldas e lençol Ficou deitado.	(1) Deito em decúbito lateral (2) SFC/SI. sem - 818 h (AU) (3) Ceftriaxona / Amp (4) Ceftriaxona 50mg (EU) 1ml (5) Manutenção de 40°C de 818 h até 819 h (6) Tímido 30mg (EU) de 818 h até 819 h - 100mg (SFC) 11h. (7) Bloqueio lombal (8) Cloteno 40 mg (SFC) 1ml operado 10:00 am)	AS 01:50 h. Proceder de do Centro Cirúrgico acompanhado, por fomele av no RSUD em hidratação e SF 0,9%. PA: 100x70 muito bem. Reparo aprox 259835 AC	259835 AC 259835 AC

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andressa Morais
11-ABR 2019



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

digitado e impresso em: 13/04/2019 às 14:35:21

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLINICA	LEITO
2631479	REDIVARDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

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

DI: 11/04/2019 DT: 11/04/2019	1. DIETA ORAL LIVRE SUB 2. SRL 500 ML IV 8/8H 32 34 36 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO 32 34 36 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 -RS EV DO 32 34 36 5. TRAMAL 100MG + 100 ML SF0.9% EV 8/8H, EM 3H 32 34 36 6. METOCLOPRAMIDA 5MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H, SE VOARITO DU 32 34 36 7. ONCEPRANOL 22 MG 2 CAP VIA ORAL - VEZ AO DIA 34	10. DEXTRO 1. 1,1R SC DE ACORDO DEXTRO + 500 100 2 LIT / 201250 4LIT / 251-330 6LIT / 301-350 8LIT / 351-401 10 LIT - ACORÁ DE 450 DOMUNICAR PLANTONISTA 2. 5H 50% 10 ML IV 8/8H SE DEXTRO < 60 VIGIL E CUIDADOS DE RAS
PACIENTE EVOLUI COM SNOOZE COMPARTEMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA FIXADOR EXTERNO BIPLAVAR		
ATUALMENTE COM QUEIXAS DE DOR EM MÍ AO EF		
BEG AFERRIL APRESENTAR VEL HORA DA CLINICA COM QUELORO VASCULAR PRESERVADO		
CC ANAFORSA		

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andressa Moreira
Enfermeira
CMCB - 105
13 ABR 2019

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL
CENTRO CIRÚRGICO

Lote: 088772 Código: F08 2 209
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LIEP
PÊNDULO 1 350 - 55TERRA

Fabric.: 14/08/2017 Val.: 08/2022

Registro ANVISA Nº: 80083650031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.891.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3636-1910 - comercial@sartori.ind.br

HORA DE CHEGADA 23:20 SALA 01 DATA 16/04/19
NOME DO PACIENTE Redivaldo Melo da Silva ID 37
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUIANESTESIA ☒ LOCAL () OUTROS ()
INÍCIO DA ANESTESIA 23:45 TÉRMINO DA ANESTESIA 01:00
PROCEDIMENTO REALIZADO Limpes, drenagem e fixação de fratura de peroneo
INÍCIO DA CIRURGIA 23:50 TÉRMINO DA CIRURGIA 1:00
CIRURGIÃO DR. CONY DR. Italo AUXILIAR(ES) NR - Anderson
ANESTESISTA DR. Anderson de INSTRUMENTADOR Eliza
CIRCULANTE Ma. Luaneide ENF Foulo

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
ACAIÁ PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº 40X12-1	FIO VICRYL
ACAIÁ SI VASO	ALCOOL 70% 100 ml	FIO ALGODÃO
ACAIÁ CI VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
GENASE	AGULHA PI/RAQUE	FORMOL
GENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
INÍCIO	ASPIRADOR	GAZES 150
ONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
EP	ATADURA DE CREPON 30cm	GORRO
ENTE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
MINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
FRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
ANIL	BOLSA PI COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
SEMIDA	BORRACHA PI ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
OCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
N	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA PI PROCEDIMENTO
LAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 24-1
CAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
CAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
TOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
ONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 30 UN	PANO PI PACOTE (ÓBITO)
INA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE 150
LON	ELETRODOS	POVIDINE TINTURA 50
OFOL	EQUIPO PI SORO	POVIDINE TÓPICO
L	ESCOVA PI DEGERMAÇÃO	PROPE
TIGMINE	ESPARADRAPO 30cm	SCALP Nº
DIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5 ML
ENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
AL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
FL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VEN 5%	FIO MONONYLON	SONDA PI ASPIRAÇÃO
	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MALEX



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor, edema e deformidade
na M.D.

História da Doença Atual: /

História da Doença Anterior: /

Exame Físico: /

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: Fx. livre e fechada (D) + 3^o grau de compressão
mento

Andressa Moreira
R. O. 110.000.000-000
CRM: 2129

Diagnóstico Definitivo: /

11/04/2019

Motivo da Cobrança: /

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

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

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 96698
Numero do CNS.....: 705203419895279
Nome.....: REDIVALDO MELO DA SILVA
Documento.....: CNS Tipo :
Data de Nascimento: 11/12/1981 Idade: 37 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO GOMES DA SILVA
Nome da Mae.....: LIDIA GOMS DE MELO
Endereco.....: RAMAL MACARRAO 502
Bairro.....: BELO JARDIM 1 Cep.: 00000-000
Telefone.....: 992134677
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2631479
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0061
Data da Internacao: 11/04/2019
Hora da Internacao: 15:00
Medico Solicitante: 811.964.742-49 - CLEZION FERREIRA LELES
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HUERE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Redivaldo Melo da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

96698

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/12/1981

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

Lidia Gomes de Melo

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Ramal Macaenara 502 - Bloco Jardim I

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

AC

19 - CEP

69000-0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente com motocicleta com fratura de tíbia e fíbula, evoluindo com síndrome compartimental

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

SAME / HUERE

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

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

Síndrome COMPARTIMENTAL

Scheila Carré Konzen
Médica/Revisão de Prontuário
CRM/AC 1045

CPF: 943.390.660-87

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

Fratura de Tibia e Fíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO INº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

CPF: 943.390.660-87

39 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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

digitado e impresso em: 04/2019 às 12:09:47

HUERB

REGISTRO: 2631479 PACIENTE: REDIVALDO MELO DA SILVA IDADE: 37 CLÍNICA: CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B LEITO: 163

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 11/04/2019
DT. 11/04/2019
FRATURA DE TÍBIA / FIBULA
VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO
COM

PACIENTE EVOLUI COM SINDROME
COMPARTIMENTAL EM PERNA
REALIZADO FASCIOTOMIA +
FIXADOR EXTERNO BIPLANAR.
ATUALMENTE COM QUEIMAS DE DOR

EM MI
AO EF
BEG. AFEBRIL APRESENTAR
VELHORIA DA CLINICA
COM NEURO VASCULAR
PRESERVADO
CO

ANALGESIA
DIETA ZERO PROCEDEIMENTO
AGENDADO PARA 15/04
SUSPENSÃO DE ALIMENTAÇÃO
AQUARDANDO CENTRO CIRURGICO

1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS **SHS**
2. SRL 500 ML IV 8/8H **14/2206**
3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO **14/2206**
4. VETRONIDAZOL 500 MG DE 9/8 HRS EV DO **10/16/2206**
4. DIFENHIDRAMINA 50 MG IV 6/6H **14/2206**
5. TRAMAL 100MG - 100 ML SFO.9% EV 8/8H, EM 1H **14/2206**
6. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H, SE VÔMITO OU
PUSEAS
7. OMEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA **04**

10. DEXTRO
11. 1R SC DE ACORDO DEXTRO
12. 200 2 UI / 200 250 400 500 600 800 1000 1200 1500 2000 3000 4000 5000 6000 8000 10000 12000 15000 20000 30000 40000 50000 60000 80000 100000 120000 150000 200000 300000 400000 500000 600000 800000 1000000 1200000 1500000 2000000 3000000 4000000 5000000 6000000 8000000 10000000 12000000 15000000 20000000 30000000 40000000 50000000 60000000 80000000 100000000 120000000 150000000 200000000 300000000 400000000 500000000 600000000 800000000 1000000000 1200000000 1500000000 2000000000 3000000000 4000000000 5000000000 6000000000 8000000000 10000000000 12000000000 15000000000 20000000000 30000000000 40000000000 50000000000 60000000000 80000000000 100000000000 120000000000 150000000000 200000000000 300000000000 400000000000 500000000000 600000000000 800000000000 1000000000000 1200000000000 1500000000000 2000000000000 3000000000000 4000000000000 5000000000000 6000000000000 8000000000000 10000000000000 12000000000000 15000000000000 20000000000000 30000000000000 40000000000000 50000000000000 60000000000000 80000000000000 100000000000000 120000000000000 150000000000000 200000000000000 300000000000000 400000000000000 500000000000000 600000000000000 800000000000000 1000000000000000 1200000000000000 1500000000000000 2000000000000000 3000000000000000 4000000000000000 5000000000000000 6000000000000000 8000000000000000 10000000000000000 12000000000000000 15000000000000000 20000000000000000 30000000000000000 40000000000000000 50000000000000000 60000000000000000 80000000000000000 100000000000000000 120000000000000000 150000000000000000 200000000000000000 300000000000000000 400000000000000000 500000000000000000 600000000000000000 800000000000000000 1000000000000000000 1200000000000000000 1500000000000000000 2000000000000000000 3000000000000000000 4000000000000000000 5000000000000000000 6000000000000000000 8000000000000000000 10000000000000000000 12000000000000000000 15000000000000000000 20000000000000000000 30000000000000000000 40000000000000000000 50000000000000000000 60000000000000000000 80000000000000000000 100000000000000000000 120000000000000000000 150000000000000000000 200000000000000000000 300000000000000000000 400000000000000000000 500000000000000000000 600000000000000000000 800000000000000000000 1000000000000000000000 1200000000000000000000 1500000000000000000000 2000000000000000000000 3000000000000000000000 4000000000000000000000 5000000000000000000000 6000000000000000000000 8000000000000000000000 10000000000000000000000 12000000000000000000000 15000000000000000000000 20000000000000000000000 30000000000000000000000 40000000000000000000000 50000000000000000000000 60000000000000000000000 80000000000000000000000 100000000000000000000000 120000000000000000000000 150000000000000000000000 200000000000000000000000 300000000000000000000000 400000000000000000000000 500000000000000000000000 600000000000000000000000 800000000000000000000000 1000000000000000000000000 1200000000000000000000000 1500000000000000000000000 2000000000000000000000000 3000000000000000000000000 4000000000000000000000000 5000000000000000000000000 6000000000000000000000000 8000000000000000000000000 10000000000000000000000000 12000000000000000000000000 15000000000000000000000000 20000000000000000000000000 30000000000000000000000000 40000000000000000000000000 50000000000000000000000000 60000000000000000000000000 80000000000000000000000000 100000000000000000000000000 120000000000000000000000000 150000000000000000000000000 200000000000000000000000000 300000000000000000000000000 400000000000000000000000000 500000000000000000000000000 600000000000000000000000000 800000000000000000000000000 1000000000000000000000000000 1200000000000000000000000000 1500000000000000000000000000 2000000000000000000000000000 3000000000000000000000000000 4000000000000000000000000000 5000000000000000000000000000 6000000000000000000000000000 8000000000000000000000000000 10000000000000000000000000000 12000000000000000000000000000 15000000000000000000000000000 20000000000000000000000000000 30000000000000000000000000000 40000000000000000000000000000 50000000000000000000000000000 60000000000000000000000000000 80000000000000000000000000000 100000000000000000000000000000 120000000000000000000000000000 150000000000000000000000000000 200000000000000000000000000000 300000000000000000000000000000 400000000000000000000000000000 500000000000000000000000000000 600000000000000000000000000000 800000000000000000000000000000 1000000000000000000000000000000 1200000000000000000000000000000 1500000000000000000000000000000 2000000000000000000000000000000 3000000000000000000000000000000 4000000000000000000000000000000 5000000000000000000000000000000 6000000000000000000000000000000 8000000000000000000000000000000 10000000000000000000000000000000 12000000000000000000000000000000 15000000000000000000000000000000 20000000000000000000000000000000 30000000000000000000000000000000 40000000000000000000000000000000 50000000000000000000000000000000 60000000000000000000000000000000 80000000000000000000000000000000 100000000000000000000000000000000 120000000000000000000000000000000 150000000000000000000000000000000 200000000000000000000000000000000 300000000000000000000000000000000 400000000000000000000000000000000 500000000000000000000000000000000 600000000000000000000000000000000 800000000000000000000000000000000 1000000000000000000000000000000000 1200000000000000000000000000000000 1500000000000000000000000000000000 2000000000000000000000000000000000 3000000000000000000000000000000000 4000000000000000000000000000000000 5000000000000000000000000000000000 6000000000000000000000000000000000 8000000000000000000000000000000000 10000000000000000000000000000000000 12000000000000000000000000000000000 15000000000000000000000000000000000 20000000000000000000000000000000000 30000000000000000000000000000000000 40000000000000000000000000000000000 50000000000000000000000000000000000 60000000000000000000000000000000000 80000000000000000000000000000000000 100000000000000000000000000000000000 120000000000000000000000000000000000 150000000000000000000000000000000000 200000000000000000000000000000000000 300000000000000000000000000000000000 400000000000000000000000000000000000 500000000000000000000000000000000000 600000000000000000000000000000000000 800000000000000000000000000000000000 1000000000000000000000000000000000000 1200000000000000000000000000000000000 1500000000000000000000000000000000000 2000000000000000000000000000000000000 3000000000000000000000000000000000000 4000000000000000000000000000000000000 5000000000000000000000000000000000000 6000000000000000000000000000000000000 8000000000000000000000000000000000000 10000000000000000000000000000000000000 12000000000000000000000000000000000000 15000000000000000000000000000000000000 20000000000000000000000000000000000000 30000000000000000000000000000000000000 40000000000000000000000000000000000000 50000000000000000000000000000000000000 60000000000000000000000000000000000000 80000000000000000000000000000000000000 100000000000000000000000000000000000000 120000000000000000000000000000000000000 150000000000000000000000000000000000000 200000000000000000000000000000000000000 300000000000000000000000000000000000000 400000000000000000000000000000000000000 500000000000000000000000000000000000000 600000000000000000000000000000000000000 800000000000000000000000000000000000000 1000000000000000000000000000000000000000 1200000000000000000000000000000000000000 1500000000000000000000000000000000000000 2000000000000000000000000000000000000000 3000000000000000000000000000000000000000 4000000000000000000000000000000000000000 5000000000000000000000000000000000000000 6000000000000000000000000000000000000000 8000000000000000000000000000000000000000 100 12000000000000000000000000000000000000000 15000000000000000000000000000000000000000 200 300 400 500 600 800 1000 1200 1500 2000 3000 4000 5000 6000 8000 100 12000 15000 200 300 400 500 600 800 1000 1200 1500 2000 3000 4000 5000 6000 8000 100 12000 15000 200 300 400 500 600 800 1000 1200 1500 2000 3000 4000 5000 6000 8000 100 12000 15000 200 300 400 500 600 800 1000 1200 1500 2000 3000 4000 5000 6000 8000 100 12000 15000 200 300 400 500 60000000000



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

digitado e impresso em 10/04/2019 às 12:18:49

HUERB

REGISTRO	PACIENTE
2631479	REDIVALDO MELO DA SILVA

IDADE	CLÍNICA	LEITO
37	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	163

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI 11/04/2019 DT. 11/04/2019 # FRATURA DE TÍBIA / FIBULA VÍTIMA DE COLÍSSO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR ATUALMENTE COM QUEIMAS DE 20% EM MI AO EF BEG. AFEBRIL APRESENTAR VELHORIA DA CLÍNICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO OD. ANALGESIA REALIZADO RÁPIDA DE FASCIOTOMIA NO DIA 11/04/19	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS SUD 2. SRL 500 ML IV 8/8H 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO (10) 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DO (10) 5. DEPIRONA 500 MG IV 2 ML - 18 ML AD IV 8/8H (10) 6. TRAVAL 100MG + 100 ML SFG 9% EV 8/8H, EM 18 (10) 7. METOCLOPRAMIDA 5MG ML 2 ML + 18 ML IV 8/8H, SE VÔMITO DU VÔMITOS 8. OMEPRAZOL 30 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA (14) 9. DEXTRO 11. IR SC DE ACORDO DEXTRO - 50-200 2 LITROS 20% D50 400 / 25% 300 SUI / 301-350 8 L / 351-400 10 L / ACIMA DE 400 COM JARCAR PLANO ONISTA - 3 GH 50% 30 ML IV SOLUS SE DEXTRO < 80 MG/DL 5. CUIDADOS GERAIS 16. GLEAXANE 4L 4L SC 1 X DIA (10) 17. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA (10) Andressa Moreira Enfermeira 16 ABR 2019		Ph - Valéria do Dante do com curativo sob a curati as die Fav. F. m te. w com 11/04/2019 17/04/2019 18/04/2019 19/04/2019 20/04/2019 21/04/2019 22/04/2019

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 11/04/2019 às 10:27:41

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2631479	REIDVALDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

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

DI 11/04/2019 DT: 11/04/2019 # FRATURA DE TÍBIA / FIBULA VÍTIMA DE COLÍSSO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR. ATUALMENTE COM QUEIMAS DE DOR EM MÍ AD ES BEG, AFEERIL APRESENTAR MELHORIA DA CLÍNICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO SEM EDEMA CQ ANALGESIA	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS 2. SRL 500 ML IV 8/8H <i>5/c 5/c</i> 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DZ 4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DZ 4. DIPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AD IV 8/8H 5. TRAMAL 100MG - 100 ML SFO 9% EV 8/8H EM 1H 6. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H SEM VÔMITO OU NÚSEAS. 7. OMS PRAZO: 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA <i>OK</i> 10. DEXTRO <i>DE</i> 11. IR SC DE ACORDO DEXTRO * 50-200 2 UI - 250-250 4 UI / 250-250 6 UI / 350-350 8 UI / 350-400 10 UI - ACIMA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA * 3. 3H 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL * 5. CUIDADOS GERAIS <i>Noting</i> 15. DELEARNÉ 10 ML SC 1 X DIA * 7. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA		<i>Di- 11/04/2019 do</i> <i>canino de 16h</i> <i>avifan no</i> <i>dicar para</i> <i>f, mentos</i> <i>Ter de 16h 43</i>
---	---	--	---

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andressa Moreira
Enfermeira Especialista
Código 2115
17 ABR 2019



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência do Rio Branco - HUEB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 18:40 SALA 01 DATA 15/04/2019
 NOME DO PACIENTE Redivaldo Melo da Silva 10376669
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUIDIANESTESIA (X) LOCAL () OUTROS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA 19:15 TÉRMINO DA ANESTESIA _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO Fechamento fasciotomia
 INÍCIO DA CIRÚRGIA 19:30 TÉRMINO DA CIRÚRGIA _____
 CIRURGIÃO Dr. Marcelo Pimentes AUXILIAR(ES) Dr. Luis
 ANESTESISTA Dr. Pedro + 1.01 INSTRUMENTADOR Dr. Luis
 CIRCULANTE Elizabeth ENF Marcia 9.00

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
IVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC Nº <u>40x12,1</u>	FIO VICRYL
IVACAÍNA SI VASO	ÁLCOOL 70% <u>100ml</u>	FIO ALGODÃO
IVACAÍNA CI VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE <u>11.0.0.0.1</u>
AGENASE	AGULHA P/RAQUE <u>17.25.1</u>	FORMOL
AGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA
MINIO	ASPIRADOR	GAZES <u>200ml</u>
RONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
ENIN	ATADURA DE CREPON <u>1</u>	GORRO <u>1.0.0</u>
ENIE	ABOCATH Nº	INTRACATH Nº
AMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX Nº
IEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7.0 <u>11.0.5.1</u>
TANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7.5
OSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8.0 <u>1</u>
OCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8.5
IN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO <u>1.0.0.0.1</u>
ALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI <u>1</u>
CAÍNA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
CAÍNA GEL	C TRÁQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA <u>1.0.0</u>
ITOL	C ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
RONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10</u>	PANO P/ PACOTE (OBITO)
FINA	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE DEGERMANTE
JLON	ELETRODOS <u>1</u>	POVIDINE TINTURA <u>100ml</u>
POFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
IL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO <u>11</u>	PROPE <u>1.0.0.0.1</u>
STIGMINE	ESPARADRAPO <u>100ml</u>	SCALP Nº
ADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
O FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
O GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML <u>1</u>
O RINGER LACTATO	FRALDA <u>1</u>	SERINGA DE 5ML
ENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML <u>1</u>
VAL	FITA CARDÍACA	SERINGA DE 20 ML
IL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
IVEN 8%	FIO MONONYLON	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
<u>5.0.0.0.1</u>	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
	<u>1.0.0.0.1</u>	TELA DE MALEX

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

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

RELATORIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: RENIVALDO MENEZES DA SILVA

IDADE: 37 OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura distal da tíbia e fíbula "A" + DC
Malposicionado.

CIRURGIA PROPOSTA: Fechamento por via fasciotomia

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: O mesmo

DATA:

15/06/19.

CIRURGIÃO:

Dr Marcelo Zementz
SAME / HUERB
CÓPIA

1º AUXILIAR:

Alvisei

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Dr Ricardo **CONFORME ORIGINAL**

ANESTESIA:

Rogonostesia

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO

() SIM

(☒) NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO

() SIM

(☒) NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

(☒) ENFERMARIA

() CT

() RESIDÊNCIA

() ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

O paciente em ADH

o mesmo + plomagem



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



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: <u>Radinaldo Melo da Silva</u>		Idade: <u>37 A</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Registro / BE: <u></u>	
Setor proc: ☐ PSA ☐ PSI ☐ CCA ☐ CCB ☐ CMA ☐ CMB ☐ CC ☐ UTI						
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	
		<u>120 x 70</u>	<u>76</u>	<u>12</u>	<u>37</u>	
Hm	Ht	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	
Diagnóstico Pré-Operatório:						
Do Resp: ☐ Asma ☐ Bronquite MV: <u>bilateral</u> Complacência: <u>normal</u>						
ACV: <u>PA = 120 x 70</u> ECG: <u>15121-3N15</u> Alegrias: <u></u>						
Ap. Digestivo/Dentes: <u>NDA</u>			Peçoço			
Ap. Urinário: <u>NDA</u>			Drogas em Uso:			
Estado Mental: <u>Lúcido</u>			ASA ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ Risco: <u>II</u>			
Anestésias Anteriores:			Hora: <u></u> Efeito: <u></u>			
Medicação Pré-anestésica:			Efeito: <u></u>			
HORA: <u>1900</u> CONFORME ORIGINAL						
GASES	O ₂					
	NO ₂					
	HALOG					
Líquidos						
SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia	SpO ₂					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					
	40					
	20					
	DROGAS ADMINISTRADAS		Técnica:		Monitorização:	
	1º <u>neocaina 15mg</u>		<u>regul e / neocaina</u>		<u>eleito</u>	
2º <u>marbina 70mg</u>		Cirurgia:		Ap. Resp: <u>oscilométrico</u>		
3º <u>decadron 10mg</u>		<u>Fechamento de fasciotomia</u>		Ap. CV: <u>PA</u>		
4º <u></u>		Cirurgião/Auxiliar: <u>Dr. Marcelo +</u>				
5º <u></u>		<u>Dr. Flávio</u>				
6º <u></u>		OBS:				
7º <u></u>						
8º <u></u>						
9º <u></u>		Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): <u>Dr. Marcelo +</u>				
10º <u></u>						

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. BACOUR UNIDAS 580, - BOQUE - BRÓ BRUNO - CEP 58063-000 Fone: 323-1000
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente.: ACACIO DA SILVA PEREIRA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.007802
Num. do BE: 02631532

Idade.: 33A
Requis.: 11/04/2019

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

Cons. Regional:

Sector.: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	3,72	mm ³	VB: 0:4,5 a 5 M:4 a 5 m
Hemoglobina	10,80	g %	VB: 0:11 a 18 M:12 a 16
Hematócrito	32,00	%	VB: 0:40 a 52 M:37 a 48
VCM	85,40	fs	VB: 78 - 98 fs
HCM	29,20	aug	VB: 27 - 32 aug
CHCM	34,10	g/dl	VB: 32 - 36 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: GIRENE MARIA DA ROCHA MORAES 11/04/19 as 20:56 Coleta: 11/04/19 as 20:24-16, Via Impressa: 11/04/19

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado: 231.000 /mm³ VB: 150 a 400.000 / mm³

Liberado por: GIRENE MARIA DA ROCHA MORAES 11/04/19 as 20:56 Coleta: 11/04/19 as 20:24-16, Via Impressa: 11/04/19

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV: NAÇÕES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP: 69906-520 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Pag.: 001

mg ok

Paciente.: REDIVALDO MELO DA SILVA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.007543
Num. do BE: 02631479

Idade.: 37A
Requis.: 12/04/2019

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões):...	4,28	/mm ³	VR: 4,5 a 6 M a 5 milhões/mm ³
Hemoglobina:.....	12,40	g/dL	VR: 11,3 a 18 M; 12 a 16 g/dL
Hematócrito:.....	36,00	%	VR: 42 a 52 M; 37 a 49 %
VCM:.....	83,10	fL	VR: 78 a 96 fL
HCM:.....	29,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,90	g/dL	VR: 32 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.200	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Eosinófilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Neutrófilos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Metanetrófilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Monócitos:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Linfócitos:.....	86	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	7.728	/mm ³	
Linfócitos:.....	13	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.196	/mm ³	
Monócitos:.....	3	%	VR: 1 a 8 %
Valor Absoluto:.....	275	/mm ³	
Eritrócitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm ³	
Observação:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRM 11.009

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 12/04/19 as 09:41 Coleta: 12/04/19 as 07:36-1a. Via Impressa: 12/04/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:...	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	05 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	177.000	/mm ³
		VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: JARDELI SANTOS DE ARAUJO 12/04/19 as 09:41 Coleta: 12/04/19 as 07:36-1a. Via Impressa: 12/04/19

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de acidente com motocicleta
apresentando fratura do tíbia e fíbula, evoluindo
com síndrome compartimental.

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

SAME / HUEB

CÓPIA

Exame Físico: _____

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

Politrauma
Fratura de tíbia e fíbula.
Síndrome compartimental

Schiffa Lami Romão
Médica Revisão de Prontuário
Cred/AC 1045
CPF: 943.306.050-07

11-ALTA CJRA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
24-POR DOENÇA CRÔNICA
25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. 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/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

NO. DO BE: 2631479 DATA: 11/04/2019 HORA: 14:06 USUARIO: COSMA
CNS: 705203419895279 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE		DOC...: CNS
NOME : RIVALDO MELO DA SILVA		SEXO...: MASCULINO
IDADE.....: 37 ANOS	NASC: 11/12/1981	NUMERO: 502
ENDERECO.....: RAMAL MACARRAO		
COMPLEMENTO...:	BAIRRO: BELO JARDIM 1	
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO	UF: AC	CRP...: -
NOME PAI/MAE...: ANTONIO GOMES DA SILVA	/LIDIA GOMS	DE MELO
RESPONSAVEL...: CUNANDA - GABRIELA DE SOUZA		TEL...: 992134677
PRESENCIA...: 06 DE AGOSTO		
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO		
CASO POLICIAL..: NAO	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM	VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

PA [69] X [102] mmHg) PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [60] SPO2 [99]

EXAM.COMPL.(☐ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____
 sem prancha rígida, com calor cervical. em uso de tala de imobilização em M/D.
 litema de coloração muito claro, em uso de copo de leite. Nega vômitos, ou perda de consciência.
 Joga cervical para Glasgow 15/15. ACF: A, mas áreas cinzas, movimento cervical preservado.
 Widal: B: positivo em 1:1000, Widal bilateral, S.O. 0,1%. C: SPT 2+, sem hemorragia, e
 Widal: D: LOTE: E: MUSS: MP: NIT: e movimento preservado.
 BS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 M/D com tala, suspeita de fratura.
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: Trauma Rx. de la cda CID: Ortopedia

PRESCRIÇÃO	HORARIO DA MEDICACAO
1) Paracetol 500mg (IV) 1x 20	15-19h
2) R. torax, pelve, perna De Tornazelo D	que o paciente deva estar deitado
3) Reavaliação após exames	após o procedimento
4) Solicito avaliação da ortopedia.	Procedimento de procedimentos

Assinatura: 
 Andreia Moreira
 15/08/2023 14:00:00
 Cód. 15 2329

DATA DA SAÍDA: 14/05/2010 HORA DA SAÍDA: 14:00
 ALTA: ☒ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ DESISTÊNCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO HOSPITAL (SETOR): AS 22.4 Part com Placenta
desprezada ao ser. Bom bebê
 TRANSFERENCIA (VALIDADE): 14/05/2010
 OBITO: ☐ ANTES 48HS ☐ APÓS 48HS ☐ FAMILIA ☒ IMU ☐ ANAT. PATOL.

Dr. Alencar
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

Dr. Clezton L. Leão
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CRM 9158

Para Duque
Rua Duque, 100
Bairro Centro, 100
CEP 01000-000

AS 14:06. PCT deu entrada na SET, proveniente de uma puberdade, com colúmbos e corais
vindo do SADO em frango, colorido carmel, MIE imobilizada, não podendo se mover para
lado um MSE, correndo sem Ruptura lactato 800 ml. Por lactato, presente, comensal inteiro, sup-nose
SSV: PA: 169 x 102 FC 60, 5802, 100%, AC Exp. Salinais Entes

Gelcelles S. B. Vieira
Enfermeira
COREN-AC 388.293

NOME DO PACIENTE					IDADE				
QUEIXA PRINCIPAL					COMORBIDADES:				
FLUXOGRAMA									
DISCRIMINADOR					Peso:				
PARÂMETROS	PA:	X	mmHg	Temp.:	°C	Sat. O2:	%	Pulso:	bpm
	ESCALA DE DOR							Glicemia:	mg/dL
		SAME / HUERB CÓPIA Horário da CR: () () () () () () Assinatura:						Glasgow:	Alterado () Não alterado ()
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:				☐ DESISTÊNCIA ☐ EVASÃO		HORÁRIO:		
RECLASSIFICAÇÃO	CONFORME ORIGINAL								

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 () com () Jelco nº _____ () Scalp nº _____
☐ Medicação sublingual;
☐ Medicação subcutânea, local _____ Obs: *medicamento*
☐ NBZ: _____

Anotações/Intercorrências:

11/04/19 - 20:45h

Por estar escrito no plimk

de trabalho e no momento em que o

Uma penitência e o seu gozo - chato

Assinatura Responsável de Assinatura COREN: 204 211515

Answers: a) $\frac{1}{2}$ b) $\frac{1}{2}$ c) $\frac{1}{2}$ d) $\frac{1}{2}$ e) $\frac{1}{2}$ f) $\frac{1}{2}$ g) $\frac{1}{2}$ h) $\frac{1}{2}$ i) $\frac{1}{2}$ j) $\frac{1}{2}$ k) $\frac{1}{2}$ l) $\frac{1}{2}$ m) $\frac{1}{2}$ n) $\frac{1}{2}$ o) $\frac{1}{2}$ p) $\frac{1}{2}$ q) $\frac{1}{2}$ r) $\frac{1}{2}$ s) $\frac{1}{2}$ t) $\frac{1}{2}$ u) $\frac{1}{2}$ v) $\frac{1}{2}$ w) $\frac{1}{2}$ x) $\frac{1}{2}$ y) $\frac{1}{2}$ z) $\frac{1}{2}$

11/04/19 - ~~Ortopedia~~ - ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA - 0150106

Assimile com Diagnostico de Fraturas das unhas da mão,
representa queda de dolo, edema importante em extremidade
distal de M.I.D. Com presença de pulso a periferia, rubor
leve.

Conduta: Ao Treinamento para utilizar perfurador, pulso a cordão 2/2. Nota: 1

Dipirone 2/ul EV. - 15/15

Paulo Marcelino S Jr
11 APR 2019

Nonato Anute
Cirurgião Geral
CRM/AC 235

Às 10:50 hs Admitido na obs do Hospital KUTZ em maca
estando APT em MSE em curar as condições da petró
clia
22/15 Bem e Truado 100% com condições normais colostomias potente do
Priscila Maciel
Paulo Sérgio Alves
Enfermeiro
maio de 2002



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

digitado e impresso em: 14/04/2019 às 12:01:15

HUERB

REGISTRO PACIENTE
2631479 REDIVALDO MELO DA SILVA

IDADE
37

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
163

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 11/04/2019
DT 11/04/2019
FRATURA DE TIBIA / FIBULA
VITIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO
COM
PACIENTE EVOLUI COM SINDROME
COMPARTIMENTAL EM PERNA,
REALIZADO FASCIOTOMIA +
FIXADOR EXTERNO BIPOLAR
ATUALMENTE COM QUEIXAS DE DOR
EM M
AO EF
SEG. ATEBRI. APRESENTAR
VELHORIA DA CLINICA
COM NEURIO VASCULAR
PRESERVADO
ED
ANALISES
DIETA ZERO PROCEDIMENTO
AGENDADO PARA 15/04
FARMACIA DE ENFERM

1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS
2. SRL 500 ML IV 8/8H
3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA DO.
4. METRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV DO
4. DAPIRONA 500 MG/ML 2 ML - 18 ML AO IV 8/8H
5. TRAMAL 100MG + 100 ML SFB 8% EV 8/8H, EM 1^{HA}
6. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H SE VOMITO OU
VITIBES.
7. OMEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA
10. DEXTRO
11. IR SC DE ACORDO DEXTRO
12. 50-200 2 UN / 20-7000 EU / 25-300 EU / 30-350 EU / 35-400 10 UI -
ACIVA DE 400 COM JINICAR PLANTONIS CA
12. GH 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO + 80 MG/ML
15. DUIDADOS GERAIS / *em 1^{ha}*
6. OLEANE 40 UI SC - 1 X DIA 8. ASPIRINO *200mg*
7. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA *10*

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Andressa Moreira
Mestre em Enfermagem
14/04/2019

Por 07:00 às 13:00
paciente acordado,
consciente, lucido,
orientado, em
ambiente,
realizado higiene
pessoal em leito
com auxilio,
deita dorsal,
medida vital,
deitado de lado,
brilho floral de
qualidade em per-
na direita que
na de esquerda
altera o nível
de fratura.

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

RELATÓRIO
DE CIRÚRGIA

NOME DO PACIENTE: Re de Valdo Melo do SOO

RAÇA: _____ OBSERVAÇÃO: _____

AGNÓSTICO: Ex. de afissão de Tibia + Fíbula

S.d. Compoite mento

CIRURGIA PROPOSTA: Fosioeste mio + Fioador exte r

Biplano

AGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

O mesmo

CIRURGIA REALIZADA: O mesmo

DATA: _____

CIRURGIÃO: Carlos Marques

1º AUXILIAR:

I. to do / Andre

AUXILIAR

SAME / HUERB

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

CÓPIA

ANESTESIA:

CONFORME ORIGINAL

Alim

IDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO ☐ SIM ☐ NÃO

INSCRIÇÃO: _____

OPÇÃO DE CONGELAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO

AGNÓSTICO PATOLÓGICO: _____

CAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

☐ ENFERMARIA ☐ CT ☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- ① Paciente em DDH sob anestesia
- ② amputação + osteotomia + colocação de compo

Atenção:

- (1) Incisão lateral e medial
(Furcetomia) + liberação do componente
- (2) Redução incremental + confecção de
fixador e plano biplano sob radiogra-
fia
- (3) Controle radiográfico
- (4) Limpeza com SF0,9%
- (5) Anestesia esteril

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

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

HUERB

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
2631479	REDIVALDO MELO DA SILVA	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	163

EVALUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
----------	------------	---------	-------------------------

DI 11/04/2019 DT. 11/04/2019 # FRATURA DE TIBIA / FIBULA VTIMA DE COLUBÃO MOTO X MOTO COM PACIENTE EVOLUI COM SINDROME COMPARTIMENTAL EM PERNA # REALIZADO FASCIOTOMIA + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR. ATUALMENTE COM QUEIMAS DE DOR EM MI AD EF. BEG. A FEBRIL APRESENTAR VELHORIA DA CLINICA COM NEURO VASCULAR PRESERVADO SEM EDEMA DD. ANALGESIA REALIZADO RAPIA DE FASCIOTOMIA COM TORNADO GERAIS COM 24 HRS	1. DIETA ORAL LIVRE RICA EM FIBRAS 2. SRL 500 ML IV 8/8H <i>500 500</i> 3. GENTAMICINA 240 MG EV 1 X DIA D2 <i>de</i> 4. VETRONIDAZOL 500 MG DE 8/8 HRS EV D2 5. DIFIRONA 500 MG ML 2 ML - 18 V/L AD IV 8/8H <i>2016</i> 5. TRAMAL 100MG + 100 ML 500,9% EV 8/8H, EM 1H <i>DU</i> 6. METOCLOPRAMIDA 5MG ML 2 ML - 18 ML IV 8/8H SE VOMITO OU VUSEAS 7. OMIEPRAZOL 20 MG 2 CAP VIA ORAL 1 VEZ AO DIA <i>OK</i> * C. DEXTRO 11. IR SC DE ACORDO DEXTRO * 50-200 2 UI / 20-750 4 UI / 251-300 8 UI / 301-350 8 UI / 351-400 10 UI - * ACIMA DE 400 COMUNICAR PLANTONISTA * 3 GH 50% 30 ML IV BOLUS SE DEXTRO < 60 MG/DL * 6. GLEMAVE 40 UI 50 1 X DIA <i>1/6</i> * 7. OLEO MINERAL 10 ML 1 X DIA <i>10</i>		SAME / HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL <i>Atendimento Rob. Oncológico</i> <i>Dr. Carlos com retorno em 26/04</i> <i>de Gerson em 26/04</i> <i>Andressa Moraes</i> <i>PROFESSORA DE ENFERMAGEM</i> <i>CRM 2019</i> <i>18 ABR 2019</i> <i>Ass. Cl. Sch. Centro Tra- de</i> <i>Usp. Antio. von. Usp. de</i> <i>Quem. As. Fel. Eng. Kalia.</i>
--	---	--	--

1104/2024. Ao 24. do mês de outubro de 2024,
Lúcio, semunitivo, qualificação de.
Infermagem hauria Exatidão


Carlos Roberto de Almeida e Silva
Infermeiro
CRM-AC 395.715

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Reichle André de S. S.

O paciente supracitado apresenta Fratura de T. 13
a partir de 11/04/2013

ou há _____, tendo sido tratado com Harb. @ F. 13

No momento, encontra-se PO T. 13 e f. 13
Acilalst. Subj. S. 13
Inf. 13

CID: T 13
T 93.1


Médico

07.06.2013

Rio Branco AC

1417291700

1417291700

MINUTE OF ESTIMATION

_____ Local _____

Rudolpho Melo do Silva

[illegible]

ALOE/20/7E

[illegible]

☐ CAT 1000
☐ CAT 1000
☐ CAT 1000

THIS BOOK IS BEING

ANTONIO GOMEZ DE SILVA

1987/07/17 05-0357-980-101

DATA MANAGEMENT

DATE



ON THE WAY TO
THE FUTURE

A

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

CONTRAN

DETTRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 014720939925

3 4 4 2 0 1 9 1 5 8 9
VA 01 COD RENAVAM 0018051652 EXERCICIO 2019

REDIVALDO RÊLDO SILVA

747.036.252-53

PLACA ANT / UF NAD0689 AC

747.036.252-53

PLACA NAD0689

CHASSI 9C1550AK021062

PAS/PROTICULO/NAD0689

CONJUNTIVO GASOLINA

HONDA/CB 150 FAN ESI

ANO FAB 2007

ANO MOV 2010

2P/0149C/

VEICULO VERMELHA

VEICULO / COTAS

1º 3333333333

2º 3333333333

3º 3333333333

PREMIO TARIFARIO PRE- K180,32 PREMIO TUA (R\$) K884,58 DATA DE PAGAMENTO 27/07/2019

HL-PIU. ADM DE C/DO MARQUETAL HONDA LID *

BEN. INICIARDO *

RTD BRANCO - AC

DATA 30/07/2019

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

AC Nº 014720939925

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCICIO 2019 DATA EMISSAO 30/07/2019

MA 01 747.036.252-53

PLACA NAD0689

RENAVAM 0018051652

MARKA / MODELO HONDA/CB 150 FAN ESI

ANO FAB 2009

IP 0180509C021062

PREMIO TARIFARIO

PRE- IPTO R\$36,05

DEBENTUR (R\$) R\$4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$40,06

CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4,15

IPF (R\$) R\$0,32

VAL. TOTAL DO BILHETE (R\$) R\$84,58

COTA UNICA

PREMIAMENTO

DATA DE QUOTACAO 27/07/2019

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.348.400/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

Títular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

REDIVALDO MELO DA SILVA : 747.036.252-53

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 do processo de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1896 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020

Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020

Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix

CPF: 025.787.852-10

REDIVALDO MELO DA SILVA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Número do Sinistro: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Títular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1590 (Região Metropolitana) 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 6104/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2021
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

REDIVALDO MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

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: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 18/02/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE 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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200079022 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA **Data do acidente:** 11/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO E ALTA MÉDICA.
P 4/11/18/19/23/27/28

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: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. APÓS FEITA REVISÃO DA AMD REALIZADA EM 18/02/2020, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Número do Sinistro: 3200079022

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/06/2021
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

REDIVALDO MELO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/06/2021
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063890/20

Vítima: REDIVALDO MELO DA SILVA

CPF: 747.036.252-53

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REDIVALDO MELO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REDIVALDO MELO DA SILVA : 747.036.252-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: REDIVALDO MELO DA SILVA
CPF: 747.036.252-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Thayane Pinheiro Fernandes Felix
CPF: 025.787.852-10

REDIVALDO MELO DA SILVA

Thayane Pinheiro Fernandes Felix