

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO, brasileiro, Casado, Profissão, Vigilante, inscrito no CPF sob o nº018.133.622-70 no RG sob o nº104978-20SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Lousinha, nº546, loteamento estrada Dalva Bairro: Vila do Incra, CEP:69927-000, Porto Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906, com endereço profissional na Via Chico Mendes, n.º 3570, sala 05 (Auto Posto Amapá), Corrente, CEP 69906-119, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qualquer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 31 De JULHO 2018.

Junior Barbosa da Paixão

DECLARAÇÃO

JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO, brasileiro, Casado, Profissão, Vigilante, inscrito no CPF sob o nº018.133.622-70 no RG sob o nº104978-20SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Lousinha, nº546, loteamento estrada Dalva Bairro: Vila do Incra, CEP:69927-000, Porto Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 31 de JULHO 2018.

Junior Barbosa da Paixão

NOME JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF 10497820 RPP AC	DATA NASCIMENTO 22/02/1993
CPF 018.133.622-76	
FUNÇÃO FRANCISCO DAS CHAGAS PAIXAO MARIA MONTEIRO DE MIRANDA BARBOSA	
PERMISSÃO PERMISSÃO	ACC ACC
CAT. IVS AD	
Nº REGISTRO 04961424012	VALIDADE 26/03/2018
	VALIDAÇÃO 04/06/2010
OBSERVAÇÕES Ativo para Transporte Remunerado	
<i>Junior Barbosa da Paixão</i> _____ S. MANTOVA DO PIRENESE	
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	DATA EMISSÃO 01/04/2013
8-165 Servando Leite da Silva P. Cavallotti Diretor Geral Dairton J. Azeiteiro Assessoria Técnica dos Transportes	
80846019327 AC404240077	

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Reg. Definitivo...: 83124
 Numero do CNS.....: 898002996024291
 Nome.....: JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO
 Documento.....: RG 1049782 Tipo :
 Data de Nascimento: 23/02/1992 Idade: 24 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: FRANCISCO DAS CHAGAS PAIXAO
 Nome da Mae.....: MARIA MONTEIRO DE MIRANADA BAR
 Endereco.....: RUA LEUZINHA 00446
 Bairro.....: VILA DO INCRA Cep.: 99999-999
 Telefone.....: 000000000099993
 Municipio.....: 1200807 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA ULTIMA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2414763
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 043.0166
 Data da Internacao: 31/12/2016
 Hora da Internacao: 14:00
 Medico Solicitante: 449.144.233-91 - LOURENCO EUZEBIO COELHO DE CARVALHO
 Proced. Solicitado: 03.03.09.020-0
 Diagnostico.....: S92.7
 Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado: 0303090200 TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFER
 Dt.Hr Saida: 05/01/2017 14:00
 Especialidade:
 Tipo de Saida: Alta
 CID Principal: S927 FRATURAS MULTIPLAS DO PE
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro:

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade:

ANEXO I

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HUERO 3				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HST					
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE: Maris Barbosa da Rainha				6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 83124	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):				8 - DATA DE NASCIMENTO: 23/02/92	
11 - NOME DA MÃE: Maria Monteiro de Miranda				9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:				10 - RAÇA/COR:	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Lenzinha 446 Vila do Imcra				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Porto Acre				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 1600000				18 - UF: AC	
19 - CEP:					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Paciente vítima de acidente de moto alguma dor e deformidade de tornozelo direito. Intende-se cirurgia.</i>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Cirurgia</i>					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>Exame físico e radiografias</i>					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: F+Lx tornozelo Direito					
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: 31/12/16					
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: SAME / HUERO					
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 - DOCUMENTO: () CNS () CPF					
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:					
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:					
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):					
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:					

ANEXO I

Ministério da Saúde		SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 0 0 1 5 7 8							
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUEB				4 - CNES							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE											
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO							
5 - NOME DO PACIENTE				JUNIOR BRABOSA DA PAIXÃO							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - SEXO				10 - RAÇA/COR		10.1 - ETNIA	
8 - DATA DE NASCIMENTO				Masc. ☐ Fem. ☐							
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO				N° DO TELEFONE			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO				N° DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF		19 - CEP	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA											
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Vítima de acidente de trânsito ao deixar apresentando dor e desconforto torácico direito											
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				T.M. - ortop							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				Rox. T.M. - lesão lateral e lateral tórax							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL				25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Fratura lateral tórax											
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
Redução + fixação											
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				31 - DOCUMENTO			
								32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO				35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
DR. SILVIA				31/12/10				José Silveira C. Med. Ortopedista CRM 483-AC			
PREENCHER EM CASO DE SAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				39 - CNPJ DA SEGURADORA				N° DO BILHETE			
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO				42 - CNPJ DA EMPRESA				43 - CNAE DA EMPRESA			
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO											
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO											
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ÓRGÃO EMIS OR				52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO				49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				CÓPIA			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				CONFORME ORIGINAL			



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Cronograma de atendimento 2019

fls. 14

Unidade:

ANEXO I

Ministério da Saúde		SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 0 0 1 5 7 8							
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB				4 - CNES							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE											
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO							
5 - NOME DO PACIENTE				JUNIOR BRABOSA DA PAIXAO							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO				9 - SEXO		10 - RAÇA/COR	
								Masc. ☐ Fem. ☐		10.1 - ETNIA	
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO				12.1 - TELEFONE			
				DDD 83 194							
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO				14.1 - TELEFONE			
				DDD 330292							
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				Rua Monteiro de Miranda							
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO				18 - UF		19 - CEP	
Rio Branco				1506				AC		69000-000	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
vitiu por 10 dias de internação de urgência de emergência apresentando dor e delírio com tomoroso direito											
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				Frm. catap							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				Rc: Frm. malade lateral e junção xbro talas							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL				25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Problema de locomoção toraxo											
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
Medicamento + fisioterapia											
29 - CLÍNICA				30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				31 - DOCUMENTO			
								32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
								33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO				35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
Dr. Silveira				31/12/16				José Silveira			
PREENCHER EM CASO DE SAUDAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				39 - CNPJ DA SEGURADORA				N° DO BILHETE			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				42 - CNPJ DA EMPRESA				43 - CHAE DA EMPRESA			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO											
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO											
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - COD. ORGO EMS				48 - DATA DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
48 - DOCUMENTO				49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
() CNS () CPF				51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO											

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 12/02/2019 às 14:58, sob o número 07018213020198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701821-30.2019.8.01.0001 e código 209A3B4.

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JUNIOR BARBOZA DA PAIXAO
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 23/02/1992
ENDERECO.....: RUA LEUZINHA
COMPLEMENTO....: BAIRRO: VILA DO INCRA
MUNICIPIO.....: PORTO ACRE UF: AC CEP....:
NOME PAI/MAE...: FRANCISCO DAS CHAGAS PAIXAO /MARIA MONTEIRO DE MIRANADA
RESPONSAVEL...: ESPOSA-JOCIANE
PROCEDENCIA...: VILA DO V TEL....: 99993-57
ATENDIMENTO...: SUSPEITA DE FRATURA
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Queixas pelo SA de fratura de quadril
de nte glenais no 7, mi
Abdução flexão ODC - sistema de n*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: *10/01/2020*
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] SAIDA:
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 12/02/2019 às 14:58, sob o número 0701821-30.2019.8.01.0001 e código 209A3B4. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701821-30.2019.8.01.0001 e código 209A3B4.

QUEIXA PRINCIPAL										
FLUXOGRAMA										
DISCRIMINADOR										
PARÂMETROS	PA	X	mmHg	TAX.	°C	SPO2	%	FC	Bpm	PESO
	ESCALA DE DOR LEVE MODERADA INTENSA 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊 😊									GLICEMIA mg/dl
										GLASGOW ALTERADO () NÃO ALTERADO ()
ALERGIA MEDICAMENTOSA						CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)				
RECLASSIFICAÇÃO						HORA	CLASSIFICADOR (CARIMBO E ASSINATURA)			

Ocorrência de queda de nível
 10: Fmt. Inj. de morfina
 11: Ao admitir o paciente por Redução
 e fup Ect
 A 22:00h, paciente admitido em
 centro cirúrgico, acidente
 por entupimento.

Maria José Monteiro
 Enfermeira
 COREN: 7776

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre
Desenvolvendo parcerias, para o desenvolvimento

Unidade:

NOME: JUNION BARBOSA DA SILVA IDADE: 24 ANOS REGISTRO: LEITO 0604 ENFERMARIA: LEITO 0604

DATA	EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
31/12/16	10: FANT. Luperão removido	Dada LVA		10: 23:20h por
		SF 0,9g 500ml ex 8/8h	5h 30	Cegonha anedonia
		Cefepim 1g ex 6/6h	04/10/16	Moroso a olt
		Centamicin 240mg ex 12/12h	10	Mico Carangicá
		Dilma 2ml ex 6/6h	04/10/16	acordeado do PDI
		Thamul 100 + SF 1000ml ex 8/8h		de tempo ex
		DM 100mg ex 12/12h	04	mesquedo de ferro
		SSV + C60		do 10 PA: 99x50
		Rauv		mmHg 50x296h
				FE 10P Maria José Monteiro
				COREN 17766
				04:00h Schmitz marta
				unidade, chagui m
				mua, procedente do
				C.C., f. 100x60 A/P
				1 de 100x60 19.2.6.4.2
				04: 100x60 19.2.6.4.2
				no 100x60 19.2.6.4.2
				mico, 100x60 19.2.6.4.2
				PA: 100x60 19.2.6.4.2
				Tec: 100x60 19.2.6.4.2

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



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

REGISTRO

PACIENTE

JUNIOR BASRBOSA DA PAIXAO

IDADE

24

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

16

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

FX/LX DO TORNOZELO DIREITO

PACIENTE EM BOM ESATDO GEL
LUCIDO, ORIENTADO, COM QUEIXA
DE DOR LOCAL.

SOLICITO PRE-OPS

1. DIETA LIVRE
2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H
3. DIIPIRONA 1 G IV 6/6H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N
5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N
6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA
7. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 OU PAD > 110mmHg
8. SSVV + CCG 6/6H
9. CURATIVO DIARIO
10. CLEXANE 40 MG - SC - 1X/DIA OU HEPARINA 5000UI - SC - 12/12H
11. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H
12. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 200 ML - EV - 1X/DIA
13. ELEVARE MEMBRO

500 - 500 - 500

1516 320A

17

023

12/12/2019

12/12/2019

Dr. Adia Ferreira
Fica de acordo e responde
CRL-AC-1003

17:00 TAX 38.0 °C
PA 110 x 70 mmHg cont
pob mantém tonar
leito após, realizado
crato em M.I.D, apresenta
febre durante a tarde,
foi medicado C.P.M,
chuve e elevados me
xite. Grem 9212 6983.
Téc. _____ x

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

[illegible]

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX/LX DO TORNOZELO DIREITO
D.: FIXADOR DELTA

ACIENTE EM BOM ESTADO GERAL,
JCIDO, ORIENTADO, COM QUEIXA
E DOR LOCAL.

GUARDA MELHORA DE PARTES
OLESE AGENDAMENTO.

1. DIETA LIVRE SND

2. SF 0.9% 500ML IV 8/8H 5.00 5.00 5.00

3. DIPIRONA 1 G IV 6/6H 22.09

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H(SIN)

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H

6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA Q4

7. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg

8. SSW + CCG 6/6H

9. CURATIVO DIARIO

10. CLEXANE 40 MG - SC - 1X/DIA OU HEPARINA 5000UI

11. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 3X

12. GENTAMICINA 240 MG + SF 0.9% 200 ML - EV - 1X/DIA

13. ELEVAR MEMBRU

Dr. Livio Ferrera
Tromatologist

INDEX

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

950 em eleniz. Fecundação suat.
pelo o modo de se tornando sempre
de fama, realizado em estado
fai indicado de c. 1800-1815
parên 413.988.
dos 1301744 = poente -
e vogueu arrendo 1811-
notensa, sem guizcos -
ACEITA DICTA OFERTA -
da, diuress e ciacui -
COW presente no Peru
do 5500 - PA: 130x80
TAX = 36 C, 500283%
FC: 906 Paest. tec
enf. Edimoris -
(ds 22:00) (bent, Lucinda,
comunicada) (nominal),
duplice, 1800, 1800, 1800
marche 1800, 1800, 1800
com 1800, 1800, 1800, 1800
da dicta, 1800, 1800, 1800
do, 1800, 1800, 1800, 1800
dados, 1800, 1800, 1800, 1800
1800, 1800, 1800, 1800
FC 77, 1800, 1800, 1800
ETE: Debeo, 1800, 1800, 1800



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO		24	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	166

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOT. DES DE ENFERMAGEM
----------	--	------------	---------	-------------------------

# FX/LX DO TORNOZELO DIREITO CD.: FIXADOR DELTA	1. DIETA LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8H 3. DIPIRONA 1 G IV 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N 6. OMEPRAZOL 40 MG - EV - 1X/DIA 7. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmHg 8. SSVV +CCG 6/6H 9. CURATIVO DIARIO 10. CLEXANE 40 MG - SC - 1X/DIA OU HEPARINA 5000UI - SC - 12/12H 11. CEFALOTINA 1 G EV DE 6/6H 12. GENTAMICINA 240 MG + SF 0,9% 200 ML - EV - 1X/DIA 13. ELEVARE MEMBRO	SND 500 500 500 16 16 16 04 04 04 22 16 16 16 04 atenção!	Des 8h30 de 16:00 paciente em estado de no leito, calmo, com nicação eufórico de gru. tomou banho de com auxílio de enfermeira bante, trouxe de lençol e jampor privativo, foi ligado curativo, foi medicado C.P.M. obtendo a dieta oferecida F.F.P. não sofreu queda de medicação.
PACIENTE EM BOM ESTADO GERAL LUCIDO, ORIENTADO, COM QUEIXA DE DOR LOCAL.			
ALTA COM CIRURGIA AGENDADA PARA DIA 09/01/17, COM DR. RONEIDO, NO HOSPITAL SANTA JULIANA			
INTERNAR NO DIA 08/01/17, AS 13H.			
EXATIDÃO: CX. PEQUENOS FRAGMENTOS 3.5MM.			
SAME / HUERB		CÓPIA	
CONFORME ORIGINAL			

Dr. Cláudia Ferreira
Médica - In e Traumatologia
CRM - AC 1093

PA. ASUP bem vindo T. ver
ASUP bem vindo T. ver

02/02/2019 14:58 Recebeu alta
hospitalar com receita e orien-
tações. Cofe Maria José Cordeiro
AC 454 778

[Handwritten signature]

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL



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

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA: 22:30 SALA: C1 DATA: 31/12/2016
NOME DO PACIENTE: Maria da Conceição da Silva IDADE: 32
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTRAS ()
INÍCIO DA ANESTESIA: 22:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: Cirurgia Cirúrgica + Fixador
INÍCIO DA CIRURGIA: 22:50 TÉRMINO DA CIRURGIA: 23:00
CIRURGIÃO: Dr. Silveira AUXILIAR(ES): _____
ANESTESISTA: Dr. Silva + Dr. Bruno INSTRUMENTADOR: Tarso
CIRCULANTE: Maria da Conceição da Silva ENF: Maria José

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05% 1	AGULHA DESC. Nº	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ÁLCOOL 70% 100ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 251	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 200
DIAZEPAM	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON 150-277	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 11
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0 11
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS 1	LÂMINAS DE BISTURI 245
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS 11
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA 10	POVIDINE DEGERMANTE 100ml
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA 100ml
PLASIL	ELETRODOS 11	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PÉ
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPORON	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO 1	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML 1
TRAMAL	FRALDA 1	SERINGA DE 10 ML 11
TILATIL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 20 ML 11
VOLUVEN	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON	SONDA RETAL
	FIO SUTUFACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

GAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

3A: 22:40	HORA:	HORA:
34 x 50 mm HJ	PA:	PA:
FC: 107 bpm	FC:	FC:
SPO2: 96%	SPO2:	SPO2:

HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

PARAFUSO E PLACAS

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Av Nelson Palma Trevassos, 951 - Cep: 02998-000
Tel.: 06(11)39484000 - FAX: 06(11)39484010
Brasil - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 **Lote: 3737G16** **Quant.: 1 pc**

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
FIXADORES EXTERNOS
Registro ANVISA: 10223710095
MP: INOX ASTM F138 CRNIMO INOX AISI 304 ALUMINIO

07/05/2021 07/05/2016 Uso Unico 0434

European Authorized representative Obelle SA
Bd. Generi Wehse 53 1030 Brussels, BELGIUM
Tel + (32) 2 732.59.54 Fax + (32) 2 732.60.00
Email: mail@obelle.net - Resp. Verificacao: H.R.
Resp. Tecnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0601829973
Instruções de uso acesse em www.ortosintese.com.br

7 899144 314776

ESTERIL IN 07/05/2016 Proibido Reapressar

Ver Instruções de uso

EC REP

ANGUINEA

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Av Nelson Palma Trevassos, 951 - Cep: 02998-000
Tel.: 06(11)39484000 - FAX: 06(11)39484010
Brasil - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/03 **Lote: 0731L16** **Quant.: 1 pc**

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 350
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
FIXADORES EXTERNOS
Registro ANVISA: 10223710095
MP: INOX ASTM F138 CRNIMO INOX AISI 304 ALUMINIO

09/12/2016 Uso Unico 0434

European Authorized representative Obelle SA
Bd. Generi Wehse 53 1030 Brussels, BELGIUM
Tel + (32) 2 732.59.54 Fax + (32) 2 732.60.00
Email: mail@obelle.net - Resp. Verificacao: FELIPE N.
Resp. Tecnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0601829973
Instruções de uso acesse em www.ortosintese.com.br

7 899144 377795

ESTERIL IN 09/12/2016 Proibido Reapressar

Ver Instruções de uso

EC REP

HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	

HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGUÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NÚMERO DA BOLSA:	

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Nome do Paciente JUNIOR BARBOSA DA SILVA

Idade: 24 anos Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: FRAT. HUMERUS TORÇÃO DO

Cirurgia preposta: Redução em aberto + fixador ext

Diagnóstico definitivo: _____

Cirurgia realizada: _____ Data 31/12/16

Cirurgião <u>Dr. SILVEIRO</u>	1º Auxiliar
Auxiliar	Instrumentadora
Anestesista <u>Dr. ROBERTO</u>	Anestesia <u>ROBERTO</u>

Complicações durante o ato cirúrgico () Sim () Não

Prescrição: _____

Biópsia de congelação () Sim () Não

Diagnóstico patológico: _____

Destino do paciente imediatamente após o ato cirúrgico
() Enfermaria () CT () Residência () Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
- TRATAMENTO e manipulação por Redução
do fratura humero torção do
- fixador em delta
SANE / HUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL
José L. Silveiro
Médico Ortopedista
CRM 100000 AC

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

ex

aciente...: JUNIOR BARBOZA DA PAIXAO (EME)
equisicao: 17.PC.2.000434
um. do BE: 02414763

Idade...: 24A
Requis.: 05/01/2017

S. Origem.: HUERB/PS *CCB 166*
olicitante: LIVIA DOS REIS FERREIRA

Cons. Regional: 7871

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

ERITROGRAMA

emacias (em milhoes):...	4,77	mm3
emoglobina:.....	14,10	g/dL
ematocrito:.....	43,00	%
CM:.....	91,10	fL
CM:.....	29,70	pg
HCM:.....	32,60	g/dL

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

eucometria Global:.....	7.100	/mm3
asofilos:.....	0	%
valor Absoluto:.....	0	mm3
osinofilos:.....	16	%
valor Absoluto:.....	1.136	mm3
ielocitos:.....	0	%
valor Absoluto:.....	0	mm3
etamielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Bastos:.....	4	%
Valor Absoluto:.....	284	mm3
Segmentados:.....	62	%
Valor Absoluto:.....	4.402	mm3
Linfocitos:.....	15	%
Valor Absoluto:.....	1.065	mm3
Monocitos:.....	3	%
Valor Absoluto:.....	213	mm3
Blastos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Observacao:.....	.	

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 54 a 64 %
VR: 21 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CRF/AC 009

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 05/01/17 as 10:21 Coleta: 05/01/17 as 09:18-1a. Via Impressa: 05/01/17

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:.....	6 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:...	236.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 05/01/17 as 10:22 Coleta: 05/01/17 as 09:18-1a. Via Impressa: 05/01/17



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: Vítima de acidente de trânsito

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: fratura luxação tornozelo do CD

Motivo da Cobrança: _____

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

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

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO

ID paciente: ID amost: 23

Data nascimento: Idade:

Cód barra: 2000434 Tipo de amostra: Soro

Sexo: Data da coleta: 05/01/2017

Depart.: CCB Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	103	mg/dL		
URE	36	mg/dL		
CRE	0.9	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 05/01/2017

Data/Hora teste: 05/01/2017

Data/Hora impr.: 05/01/2017 09:51:47

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luis Edgardo Riveros
Biomédico
CRD 011 - N° 243



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Timon Barbosa da Paixão

O paciente supracitado apresenta fratura luxação
torçozelo direito a partir de 31/12/16
ou não, tendo sido tratado com procedimento
cirúrgico.

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial e aguarda cirurgia
para retirada de material de síntese

CID: S82.6

Robson de Souza
PRM-TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM - 1903

28/09/17



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

LAUDO MÉDICO

NOME: Junior Barbosa da Paixão

O paciente supracitado apresenta fratura luxada do
ombro direito a partir de 31/12/18
ou foi — tendo sido tratado com proteção
cirúrgica.

No momento, encontra-se sem dor, edema
Resíduo leve, no antebraço
Prontidão, pontos de dor no
ombro de, ombro, punho
ante, Alto de ortopedia

CIP: 5.82.4.

12/01/18

Alaizio Junior
Pm Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2061



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

fls. 31

REQUERIMENTO

Eu, Junior Barbosa da Paixão

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
- ☐ Relatório da cirurgia realizada,
- ☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
- ☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
- ☐ Declaração para Planejamento Familiar,
- ☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: _____ Médico: _____

Entrada: 08/01/17 Saída: 10/01/17

Convênio: SUS Telefone: () 999242174

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPIAT

Nome do Paciente: Junior Barbosa da Paixão

Parentesco com Paciente: O mesmo

x Junior Barbosa da Paixão

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 10/01/17 Hora: 8h02

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br**FICHA DE INTERNACAO**

Prontuário: 153338 - 2

Entrada: 08/01/2017

Hora: 1306

Apto/Leito: 105 A

Paciente:

JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO

Reg. Geral: 10497820

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 01813362270

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 704106053911050

Sexo: M

Dt. Nasc.: 22/02/1992

Est. Civil: CASADO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 24 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: LEOZINHA

Nro: 546

Bairro.: VILA DO INCRA

CEP: 69921000

Cidade: Porto Acre

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999935741

Fone Contato: 68 999242174

Local de Trabalho:

Profissão: VIRGILANTE

PAI: FRANCISCO DAS CHAGAS PAIXAO

MAE: MARIA MONTEIRO DE MIRANDA BARBOSA

Resp.: JOCIANE IMACULADA DOS REIS DA SILVA

End.: LEOZINHA

Nro.: 546

Cidade: Porto Acre

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): RONEIDO TEOFILO DE CARVALHO

H. S. J.
09/01/2017
Trat. cir. ort. de
hemorroida (D)
Mara Denise da S. Lopes
08/01/2017

Observação: AIH ANEXO AO PRONTUARIO FICHA DE REF EM REGULACAO

Atendente: Alberjúnior Moyses Ramos

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 08 de janeiro de 2017

Jociane Imaculada dos Reis da Silva
JOCIANE IMACULADA DOS REIS DA SILVA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 08 de janeiro de 2017

Jociane Imaculada dos Reis da Silva
JOCIANE IMACULADA DOS REIS DA SILVA

19m como parâmetro para medição, como, supõe
um colunar de 19m - com acompanhamento
neste mas, em alguns momentos para
continuar desde os 70 da 12x40mm.

Juliana Lourenço
Enfermeira
COREN-AC 315183

09-01-17 - às 14:00 - Admitido na S.O. em cadeira
de rodas, afibul, late, com arto venoso
em m SE em bom fluxo, as curvas do br. f
nudo, auxiliar Dr. Roger, anestesista Dr. Wilson
instrumentador Rosemildo; às 14:10 - Realizado
crise de tosse + sonda fio. pelo Dr. Wilson. As
14:55 - Início do procedimento, SpO₂ 96%, FC 78
bpm, PA: 134 x 73 mmHg. Ligado O₂ a 5l/min em
máscara de Snodson durante procedimento
desligado após término. As 16:05 - Término
do procedimento, sem intercorrências. As

Eucamenhado em maca, SpO₂ 97%, FC
78 bpm, PA: 130 x 80 mmHg. Fez Juliana Loren 76089500

07/01/17 procedimento de pt em maca, de
Juliana Loren 76089500

Enfermeira
COREN-AC 000.463.693

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO-HISJ

Data esterilização: 05/01/17 Vencimento: 20/01/17
Autoclave: 07 Ciclo: 04 Lote: 04
Caixa de Cirurgia: cx. Ortopedia
Responsável: Le. Ana Rosa coren: 261016

Observações



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		Identificação do Paciente	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <u>HUEB3</u>		2 - CNES: _____	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <u>HSJ</u>		4 - CNES: _____	
5 - NOME DO PACIENTE: <u>Maria Barbosa de Pinho</u>		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 - ETHIA: _____	
11 - NOME DA MÃE: _____		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____		14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____	
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____		18 - UF: _____ 19 - CEP: _____	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Paciente vítima de acidente de moto</u> <u>apresenta dor e deformidade do tornozelo</u> <u>direito. Intensa pt cirurgia.</u>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Cirurgia</u>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Exame físico e radiografias</u>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>F+Lx tornozelo Direito</u> <u>(fratura do malleolo lateral)</u>			
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): _____		36 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO: _____	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - () OUTRO: _____	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		42 - CNPJ DA SEGURADORA: _____	
43 - CNPJ EMPRESA: _____		44 - Nº DO BILHETE: _____ 45 - SÉRIE: _____	
46 - CNAE DA EMPRESA: _____		47 - CBOR: _____	
AUTORIZAÇÃO			
48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____	
50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____		51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____	
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____		53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____	



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
HOSPITAL SANTA JULIANA
CENTRO CIRÚRGICO

CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

Data: 09/01/17Sala: 03Prontuário: 153338-2Nome: Junior Barbosa da RêniaIdade: 24

Antes da Indução Anestésica	Antes de Iniciar a Cirurgia	Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica
Confirmação sobre o paciente ☒ Identificação do Paciente ☒ Local da cirurgia a ser feita ☒ Procedimento a ser realizado ☒ Consentimento Informado realizado ☒ Sítio Cirúrgico do lado correto/ ou não se aplica ☒ Checagem do equipamento anestésico ☒ Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O Paciente tem alguma alergia? ☒ Não ☐ Sim _____ Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração? ☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em criança)? ☒ Não ☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição	☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões ☒ O Cirurgião, o Anestesista e a Enfermagem verbalmente confirmam - Identificação do Paciente - Local de cirurgia a ser feita - Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: ☐ Revisão do cirurgião há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <u>não</u> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: ☒ Nome do procedimento realizado ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta ☐ Peças para exame estão identificadas e com o nome do paciente ☐ Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente ☒ Hidratação venosa identificada ☒ Prontuário está completo Pulseiras de identificação presentes na mãe e RN ☐ Sim ☐ Não ☒ Não <u>se aplica</u>

Assinatura e Carimbo do profissional: _____

Re Juliana



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque – CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC – Tel.: (68) 3212-4700 – Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME: Senhor Barbosa DA Paiva PRONTUÁRIO:

IDADE: SEXO: PESO: DATA: 9.1.12

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. foveolar do Dente 11

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O Mesmo

CIRURGIAS REALIZADAS: Osteossintese + Reparo do Ligamento do Dente

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:

☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA

ANESTESISTA

Dr. P. P. P.

EQUIPE CIRURGICA:

CIRURGIÃO: Dr. P. P. P.

1º AUXILIAR: Dr. P. P. P.

2º AUXILIAR: Dr. P. P. P.

ANESTESISTA:

CIRCULANTE:

Hora Início: _____ Hora Término: _____ Duração: _____

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA RAQUIDIANA
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO LATERAL EM TORNOZELO DIREITO+ DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRATURA
- 4- LIMPEZA E CURETIZAÇÃO DO FOCO DA FRATURA
- 6- COLOCAÇÃO DE PLACA SEMITUBULAR 7 FUROS
- 7- REALIZADO 3 BLOQUEIOS CORTICAIS PROXIMAIS E 2 BLOQUEIOS DISTAIS ESPONJOSOS E 1 TRANSINDESMAL
- 8- INCISÃO MEDIAL ATÉ O FOCO DA FRATURA: FRATURA SUBCONDRA INTERPOSTO NA ARTICULAÇÃO, RUPTURA DO LIGAMENTO DELTOIDE E SUTURA
- 9- CONTROLE RADIOSCÓPICO FINAL OK + SUTURA + CURATIVO
- 10- LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA COM S.F. 0.9%
- 11- REVISÃO DA HEMOSTASIA, SUTURA POR PLANOS E CURATIVO ESTÉRIL

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ABD 500 ml _____ | ☐ Glicose 50% inj. _____ | ☐ SF 1000 ml _____ |
| ☐ ABD 1000 ML _____ | ☐ Kolagenase pomada _____ | ☐ Telebrix _____ |
| ☐ Adrenalina 1 mg/1ml _____ | ☐ Neomicina pomada 5mg _____ | ☐ Xilocaína gel _____ |
| ☐ Bupivacaína 0,5% s/v _____ | ☐ Ropivacaína 200mg _____ | ☐ Xilocaína s/v _____ |
| ☐ Glicose 25% inj _____ | ☐ SF 500 ml _____ | ☐ Xilocaína c/v _____ |
| ☐ Sorbitol 1000ml _____ | ☐ Ioversol _____ | ☐ Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

CIRURGIÃO – CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC

Rui Ramires dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1956



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 69.901-380 - Rio Branco - Acre
Fone: (68) 3212-4700 / Fax: 3224-9129
www.hsj.org.br

Serviço de Anestesiologia Avaliação Pré-Anestésica

DATA:

Nome do Paciente:

RG:

Idade:

Sexo: F/M

Profis.:

doença principal

cirurgia:

anest. proposta:

DADOS IMPORTANTES DA ANAMNESE E/OU EXAME FÍSICO

CIRURGIAS / ANESTESIAS PRÉVIAS / COMPLICAÇÕES / ALERGIAS:

Exame Físico

peso: alt.: PA: P: hidratado/desidr.
corado/desc.-eupnêico/dispn/taquip.-cianótico/acian -lótico/anict.
ausculta:
dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa) -
dentes:
Abertura de boca normal/
pescoço normal/curto/-
flexão/extensão do pescoço:
normal/limitada

Anotar de preferência exames com < 01 ano

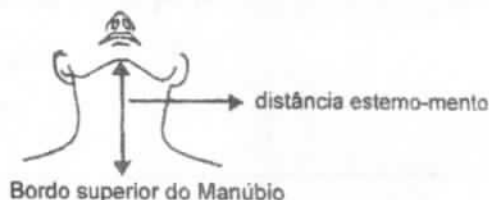
Exames Subsidiários - DATA: / /

Hb= Ht= Clc= Cr= Ur=
Na+= K+= TC= TS=
Pla.=
Coagul normal ☐ alter ☐ TT= TP= TTPA=
RX tórax (/ /)=
ECG (/ /)=

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: SIM ☐ NÃO ☐ MEDICAÇÃO DOSE:

Observações:

Teste de Mallampati



 HOSPITAL SANTA JULIANA OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 69.901-380 - Rio Branco - Acre Fone: (68) 3212-4700 / Fax: 3224-9129 www.hsj.org.br		SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA	
DATA: 14/04/19		NOME: Junior Barbosa da Paixão	
IDADE: 24		SEXO: masc.	COR: p/b
HORA: 14h		ALTURA: -	PESO: 75
		GRUPO SANG.: -	PA: 140x80mm
		PULSO: 86b	TEMP: -
		RESP: 16cp	
GASES: O ₂ Colim			
ECG: 98 98 98 98 98			
SÃO (%):			
C.O ₂ exp:			
Líquidos: 			
CÓDIGO: P Arterial O Pulso O - Respiração X Anestesia O Operação			
Ventilação: Espontânea ☒ Assistida ☒ Controlada ☒			
Monitorização: Cardióscópio ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Analizador de gases ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Oxímetro ☒ SIM ☐ NÃO ☐ T. O. F. ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Pali ☒ SIM ☐ NÃO ☐ Estetoscópio ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Capnógrafo ☐ SIM ☒ NÃO ☐ P. A. I. ☐ SIM ☐ NÃO ☐			
TÉCNICA: D ₂ S ₂			
CIRURGIA: Cat. Tím. -> TTD LWR 160			
CÍRURGÕES: Roneido + Roger			
RAQUIANESTESIA: S ₁ H ₁			
Bloqueios: X - monitorização + ☐ revisão de venoclise venoclise <u>injeção</u> 1 - antissepsia + assepsia; 2 - punção subaracnóidea ☒ mediana ☐ paramediana em <u>2-4</u> com <u>27</u> G Quincke, descartável, saída de líquido ☒ claro ☐ turvo, aparentemente ☒ normotenso ☐ hipotenso ☐ hipertenso, ☒ ausência ☐ presença de parestesia, <u>10</u> tentativa + injeção de <u>12</u> mg de bupivacaína <u>0,5%</u> ☒ isobárica <u>0,5%</u> + morfina <u>50</u> mg. 3 - Cefazolina 2g IV; Dipirona 2g IV; Tenoxicam 40mg IV; Ondansetrona 4 mg IV; <u>20</u> UI no soro; <u>10</u> mg IV; outros: 4 - <u>50</u> mg <u>50</u> mg			
Anestesia: <u>5</u> midazolam 3mg <u>10</u> mg <u>10</u> mg <u>10</u> mg			

FUEER

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

ATERIAL:	CX.	PEQUENOS
RAGMENTOS 3.5MMI.		

1

is not

1444 Page success
m^o 18 + equine para
144. —————
pale pink

Enfermeira
M. GONÇALVES 315188

01/12 A 14:00h. Sobito na farmacia 1 abast n. 18
Mocim - 001.165.859.

At 18 das 19:00 as 20:00 paciente evolui em repouso H 06h
na ambulante, laboratório com Nitro 20, 65 mg, 100 mg, 150 mg
com o medicamento, AEB 20, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg
centrado Dieta, Dieta de repouso e em cuado ausente
de repouso segun 23.00h. Foi realizada orientações de
repouso com 150 mg no 19.00 das 06h00 da manhã
e 150 mg no 20.00 das 06h00 da manhã

Dr. Cleide da Silva
Téc. Enfermagem
COFEN 387.899-RB

HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

PACIENTE: 153338 - 2

JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO

LEITO: 105

TA: 09/01/2017

HORA: 16:16

NRO PRESCRICAO: 181902

NRO REQ. FARM: 1019994

PRESCRIÇÃO MÉDICA

QTD VIA FREQUENCIA

HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1				
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6	18	2/2 0/4 10
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6	18	2/2 0/4 10
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	1	EV	6 X 6		
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8		2/2 0/6
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8		
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8		
05	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12		2/2 10
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8		2/2 0/6
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	8 X 8		
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	AMP	1	EV	6 X 6		2/2 0/4 10
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV	6 X 6		
09	CURATIVO	UN	1				

OSTEOSSINTESE DE TORNOZELO DIREITO
URGIA SEM INTERCORRENCIAS

EVOLUÇÃO

paciente deixou a taxa
de 51 mm

Rui Ramos dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1956

09/01/17 - Paciente de alta hospitalar
No momento em bom estado geral, sem queixas
de dor. PO limpa e seca.
Nega outros queixas no momento.

Robson de Souza
PRM-TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA
CRM-1903

10/02/17 às 09:45h Sou da alta hospitalar em razão de estar
acompanhado da família, antes que exames que trouxa + ventos de alta.
80 mm Hg - freq: 36/50 - sat - 97% - 17.01
diagnóstico: Presença de AIP - em mte - 17.01
decido manter no. Orientado por familiares
coluna, empunha, 17.01
2019: 00 07 00 - 17.01

Relatório da malta
21/02/2019

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 10/02/2017 Hora emissão: 15:24 Operador:
Nº da Ocorrência 1612310111	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 31/12/2016 17:02 Dt/Hr Término: 31/12/2016 17:28	Classificação de Risco: ** NÃO REGULADO ** Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO CARRO X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: TRV
Bairro: **** SELECIONE ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 192
Queixa:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1JUNIOR B PAIXAO	Idade: 24 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 31/12/2016 17:28
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL RELATA PCTE COM QUADRO FRATURA EM TIBIA DIREITA. PCTE ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 31/12/2016 17:28	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 31/12/2016 17:28	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB		
	Profissional: ARIELI FERNANDA PEREIRA DOS SANTOS	Data/Hora: 31/12/2016 17:28	Situação: F
	Intercorrência:		
Observação:			

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elctuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
RAINAN NOGUEIRA ALVES	31/12/2016 17:02		RAINAN NOGUEIRA ALVES
RAINAN NOGUEIRA ALVES	31/12/2016 17:02	RAINAN NOGUEIRA ALVES	EM FILA



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180044604 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Rio de Janeiro-RJ

BENEFICIÁRIO JUNIOR BARBOSA DA PAIXAO

CPF/CNPJ: 01813362270

Posição em 02-08-2018 10:50:51

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/02/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/02/2018	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8mRXGwIKxOY+dFR__yB+eapi_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvbkQ7s6GvibZOYhWxCKQm0A=
03/02/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Dtgg0ntcxk1ueEM3osUsapi_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvbkQ7s6GvibZOYhWxCKQm0A=
31/01/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Afix__MM18gN0SA2Mapi_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvbkQ7s6GvibZOYhWxCKQm0A=

ACESSIBILIDADE