



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE
Juizados Especiais
Setor de Reclamação

A parte requerente, neste ato, foi intimada da AUDIÊNCIA designada para a data e local abaixo informados.

Processo : 0003707-92.2019.8.01.0070

Audiência: Dia 31/05/2019, às 12:00h.

Local: Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania dos Juizados Especiais Cíveis de Rio Branco - Av. Paulo Lemos de Moura Leite, 878 - Cidade da Justiça, Loteamento Portal da Amazônia - CEP 69915-777, Fone: ND, Rio Branco-AC - E-mail: cejusrb@tjac.jus.br.

Rio Branco -AC, 24 de abril de 2019.

Maria Rita Barbosa da Silva

Maria Rita Barbosa da Silva
Requerente



OFF-LINE

OCORRÊNCIA N.º 587/2018

Registrado em 14 de Dezembro de 2018 às 14h46min
Data/Hora do Fato: 03/07/2018 às 13h11min

FATO COMUNICADO

LESÃO CORPORAL NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR

Município: Rio Branco

Logradouro: Rua Fragoso Monteiro

Bairro: Santa Quitéria

Referência:

Estado: AC

Nº CEP:

Tipo de Local: Via Urbana



ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VITIMA

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA (29 anos), RG: 10695842 SSP/AC, CPF: 981.916.752-34, Solteira, brasileiro(a), de cor branca, Autônoma, filho(a) de Jose Virgulino Abreu da Silva e Antonia Barbosa, natural de Feijó-AC, nascido(a) em 20/12/1988, residente na Rua Samuel Vidal, nº 38 Alto Alegre, Fone: 9.9979 2465.

ENVOLVIMENTO: AUTOR(A APURAR)

RELACIONAMENTO: COISA/OBJETOS

- MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES 2010/2010 DE COR PRETA, PLACA: NAF 2970, RENAVAM: 00272927910, CHASSI: 9C2JC4220AR395763, PROPRIETÁRIA: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
- CAMIONETE HILLUX DE COR PRATA, PLACA: NXT 5677

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Relata a vitima que trafegava pela rua Fragoso Monteiro, no bairro Santa Quitéria dirigindo sua Moto Honda Biz 125, 2010/2010 de cor Preta, Placa: NAF 2970, quando o condutor de uma camionete Hillux de cor Prata, Placa: NXT 5677 saiu de uma Rua Lateral a Rua Fragoso Monteiro provocando uma colisão contra o veículo da vitima. Que com a colisão, a vitima fraturou o joelho esquerdo e na ocasião, foi socorrida pelo SAMU(Nº da Ocorrência: 1807030060) e encaminhada a UPA da Sobral e após avaliação médica, foi encaminhada ao Pronto Socorro em virtude da fratura que teve no joelho. Que a vitima registra tal ocorrência, pois irá acionar o seguro DPVAT.

Vanderlei Scherer Thomas

Vanderlei Scherer Thomas
Delegado de Policia

Ana Lúcia Lima da Silva

Ana Lúcia Lima da Silva
Agente de Policia Civil

Maria Rita Barbosa da Silva

Maria Rita Barbosa da Silva
Comunicante/Vitima



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 542/2018

COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU O CONDUTOR ABAIXO IDENTIFICADO DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 03/07/2018 HORA: 13:13
LOGRADOURO: RUA FRAGOSO MONTEIRO
BAIRRO: SANTA QUITÉRIA CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO HORTO FLORESTAL

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAF2970 MARCA: HONDA MODELO: BIZ 125 ES ESPECIE: MOTONETA
RENAVAM: 00272927910 CHASSI: 9C2JC4220AR395763 COR: PRETA UF: AC
PROPRIETÁRIO: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA CPF:
ENDEREÇO: RUA SAMUEL VIDAL N 38 BAIRRO: ALTO ALEGRE CIDADE: RIO BRANCO

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE
NOME: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA ESTADO CIVIL: SOLTEIRA
SEXO: FEMININO NASCIMENTO: 20/12/1988 PROFISSÃO: AUTÔNOMA
CPF: 981.916.752-34 RG: 10695842 ORG.: SSP/AC
NACIONALIDADE: FEIJÓ NACIONALIDADE: BRASILEIRA
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO
REGISTRO DA CNH: 05605141371 CATEGORIA: A VALIDADE: 21/06/2022 UF: AC
ENDEREÇO: RUA SAMUEL VIDAL N38 BAIRRO: ALTO ALEGRE CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito – BPTRAN, a Sra. MARIA RITA BARBOSA DA SILVA, ela relata que no dia, local e horário supracitados a mesma trafegava em sua motoneta quando em dado momento surgiu uma caminhonete interceptando sua trajetória, que não foi possível evitar a colisão e que a vítima caiu fraturando o joelho esquerdo, que a vítima foi socorrida por populares que acionaram o SAMU que a conduziu ao PS, conforme BE n 2565106.

Maria Rita Barbosa da Silva

DECLARANTE

NOME: B ANDRADE RG: 3491
POSTO/GRAD: SGT/PM MATRÍCULA: 9121480-1 OPM: BPTRAN
DATA: 19/12/2018 HORA: 08:15
ASSINATURA:

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

1	DI.Hr. Saída Base: 03/07/2018 13:10	DI.Hr. Chegada Local: 03/07/2018 13:26
	DI.Hr. Saída Local: 03/07/2018 13:33	DI.Hr. Chegada Destino: 03/07/2018 13:54
	DI.Hr. Saída Destino: 03/07/2018 13:54	DI.Hr. Chegada Base: 03/07/2018 13:54

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA			
Efetivado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
LILYAN COSTA DA SILVA	03/07/2018 13:11	LILYAN COSTA DA SILVA	LILYAN COSTA DA SILVA
LILYAN COSTA DA SILVA	03/07/2018 13:12	LILYAN COSTA DA SILVA	EM FILA
LILYAN COSTA DA SILVA	03/07/2018 13:12	LILYAN COSTA DA SILVA	EM FILA
LILYAN COSTA DA SILVA	03/07/2018 13:13	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	03/07/2018 13:13	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	03/07/2018 13:30	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	03/07/2018 13:36	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2565106 DATA: 03/07/2018 HORA: 15:16 USUARIO: KHERLLY
CNS: 898002395690122 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARIA RITA BARBOSA DA SILVA DOC...: CNH
IDADE.....: 29 ANOS NASC: 20/12/1988 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: RUA SAMUEL VIDAL NUMERO:
COMPLEMENTO...: VEIO NO SAMU BAIRRO: ALTO ALEGRE
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: JOSE VIRGULINO ABREU DA SILVA / ANTONIA BARBOSA
RESPONSAVEL...: DELCIR - ESPOSO TEL....: 99974-6918
PROCEDENCIA...: UPA-SOBRAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO 11 FEV 2019
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

COMPREV PREVIDENCIA SA

Protocolo

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *Pede visita de acidente de trânsito com dor em joelho Esq.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: *Frax. planalto tibial lateral (SI)*
PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

cd.: Inferno.

*Dr. Carlos Marques Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-AC 1690/SBCT 15077*

**SAME / HUERB
CONFORME CÓPIA ORIGINAL**

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo... : 91214
 Numero do CNS... : 898002395690122
 Nome... : MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
 Documento... : CNH Tipo :
 Data de Nascimento: 20/12/1988 Idade: 29 anos
 Sexo... : FEMININO
 Responsavel... : JOSE VIRGULINO ABREU DA SILVA
 Nome da Mae... : ANTONIA BARBOSA
 Endereco... : RUA SAMUEL VIDAL VEIO NO SAMU
 Bairro... : ALTO ALEGRE Cep.: 69900-000
 Telefone... : 99974-6918
 Municipio... : 1200401 - - AC
 Nacionalidade... : BRASILEIRO
 Naturalidade... : ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada... : 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2565106
 Clinica... : 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito... : 999.0138
 Data da Internacao: 03/07/2018
 Hora da Internacao: 15:30
 Medico Solicitante: 024.667.363-06 - CARLOS ANTONIO DE ARAUJO MARQUES JUNIOR
 Proced. Solicitado: 04.08.05.055-1
 Diagnostico... : S82.8
 Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

REGISTRO

PACIENTE

Maria R da Borbora da Silva

IDADE

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HUERB
Hospital de Urgência
Impr. em 20/06/2018

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

MECANISMO DE TRAUMA:	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Queda de Mto</p> <p>DATA DO TRAUMA: 03/07/18</p> <p>EXAME FÍSICO:</p> <p>EPIDERMIA: <i>Expondo em</i> <i>Expondo em</i> <i>Expondo em</i></p> <p>CONDUTA: <i>Toda proposta</i> <i>Aprovada</i> <i>Limpeza</i></p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>5ml</i></p> <p>2. SF 0.9% 500 ML IV 8/8H <i>500 500 500</i></p> <p>3. DIFIRONA 1000 MG IV 6/6H <i>10 10 10</i></p> <p>4. TRAMADOL 100 MG + 100 ML SF0.9% IV 8/8H/S/N</p> <p>5. METOCLOPRAMIDA 10 MG + 100 ML SF0.9% IV 8/8H/S/N</p> <p>6. RANITIDINA 50 MG IV 12/12H <i>1 1 1</i></p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p><i>Deixar 40mg, SC, 1x dia de</i></p> <p><i>Df. Carlos Marcellus Jr.</i> <i>Oncologista e Traumatologista</i> <i>CRM/AC 16905/SBOT 16077</i></p>		<p><i>18:15</i> → <i>pte admitida</i> <i>versar uni dade,</i> <i>acompanhada,</i> <i>lucida, euforica</i> <i>afebril, normocorela</i> <i>sem dor no membro</i> <i>PA = 130 x 70 mmHg.</i> <i>Euf = euvicaria.</i> <i>3300R - Recebido procedente</i> <i>do elevador 2 do ERB</i> <i>para avaliação de</i> <i>hormônios e os exames</i> <i>de este padar. BONE</i> <i>acompanhada por 10</i> <i>milhares. Suf 50mg</i> <i>de 05h, pte, voluº abney</i> <i>no momento 5/decimo</i> <i>ofereco, ni ccaº present.</i> <i>55mg deaceno - von 3599 4/8</i></p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

04
07
18

55mg deaceno - von 3599 4/8

REGISTRO PACIENTE

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE CLINICA

29

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

HUERB

CAMA 2

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT: 03/07/18</p> <p>FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II</p> <p>INTERNACAO</p> <p>PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.</p> <p>AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS.</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H</p> <p>3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 400ML SF 0,9% EV 8/8/H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/H</p>	<p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p> <p>10:00</p>	<p>10:00 Paciente temer bando de curativo não segue quei res, aceita dieta especifica, trocador limpo. Te Eng. Fanelle</p> <p>16:00 Paciente pegue calma, lucido, supri nevoe, sem queiras, medicado com PA 120x 80 mmHg S AX 36 Sec. Te Eng. Fanelle</p>

Paulo Marcelino S Jr
PRM-Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC-227

SHAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

digitado e impresso em: 05/07/2018 às 14:24:16

REGISTRO: PACIENTE: **MARIA RITA BARBOSA DA SILVA** IDADE: **29** CLINICA: **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** LEITO: **LCAMA-2**

HUERB
LEITO: **124**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZNER II INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO. AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERUSÃO PRESERVADOS. SOLICITO EXAVES PRE OPERATORIOS.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/8H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H	500 500 500 12 16 22 04 12 20 24	16 09:00hs - Pts Jovem tendo de aspiração de ouvido, fraco, ústis + rinite de comp. Efeito analgésico moderado, usado álcool 70%. Acha os dígitos distais afetados devido ao acidente. Ev. inf. presente. 06 10:18 Os 4:00 de dor - dormiu calma e silenciosos e sinais vitais presentes Tax = 36,2 AC Osma Holanda Cadena COREN: 173.50 TE AC

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRMAG-2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

digitado e impresso em: 07/07/2018 às 12:25:03

REGISTRO

IDADE

PACIENTE

29

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO

124

HUERB
Hospital de Especialidades
Hospital de Referência do Acre

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT: 03/07/18</p>	<p>1. DIETA VOLUNTRE</p>		
<p>FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II</p>	<p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H</p>	<p>12</p>	<p>20:04</p>
<p>INTERNACÃO</p>	<p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H</p>	<p>10</p>	<p>16:04</p>
<p>PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.</p>	<p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN</p>	<p>04</p>	<p>04</p>
<p>AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.</p>	<p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>SOLICITO OPERATORIOS.</p>	<p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>EXAMES</p>	<p>7. CUIDADOS GERAIS</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>PRE</p>	<p>8. SINAIS VITAIS</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>OPERATORIOS.</p>	<p>9. CURATIVO DIARIO</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>OPERATORIOS.</p>	<p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H</p>	<p>10</p>	<p>04</p>
<p>OPERATORIOS.</p>	<p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA</p>	<p>10</p>	<p>04</p>

Paulo Marcelino S Jr
PRM - Ortopedia Traumatologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

8hrs - Paciente tomou banho
de higiene + troca da roupa
de cama + cuidados gerais.
17hrs - Paciente surgiu dor +
febre, sinais vitais, lab. hem. -
sem alterações. S.fer. -
a seguir fr. pr. -
faz suturas
08/07/18 - 4hrs -
paciente em repouso
dormiu sem dor
quando da troca de
gaze para o curativo
deve ser mantido
limpo e seco. Curativo
faz 36
faz 50 14 99

REGISTRO

PACIENTE
MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE
29

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO
229

HUERB
229

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 03/07/18	1. DIETA VO LIVRE		
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II	2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H	12.20.04	Evolução - de acordo com o médico, tomar banho, etc. Volante - em 22/04
INTERNAÇÃO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H	04	Há evolução conforme relato
PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.	4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO.9% EV 8/8H SNL	04	Há evolução conforme relato
AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO. ADM LIMITADA POR DOR. EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SNL	04	Há evolução conforme relato
SOLICITO OPERATORIOS.	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	04	Há evolução conforme relato
EXAMES PRE	7. CUIDADOS GERAIS	04	Há evolução conforme relato
	8. SINAIS VITAIS	04	Há evolução conforme relato
	9. CURATIVO DIARIO	04	Há evolução conforme relato
	10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H	04	Há evolução conforme relato

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

REGISTRO

PACIENTE

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE

29

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO

124

HUERB

digitado e impresso em: 09/07/2018 às 14:44:52

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO. AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO PERFUSÃO PRESERVADOS. SOLICITO EXAMES PRÉ OPERATORIOS.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERIAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA	09 10 11	30/07/18 120X70mm 15TE 140g 1512

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRMAC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

0107/18

08:00 - Evoluí a
meia. eflub, comunicat
no. acitau dito efend
Tenou lanchu de arpa
São Paulo, 10:00. Ev.
na de lanchu. Teé. Ev. Ver
duo si iguerras.

Vera
M. A. Da S.
M. A. Da S.
N. 276 200

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

REGISTRO

PACIENTE

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE

29

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO

124

digitado e impresso em: 10/07/2018 às 14:02:55

HUERB
Hospital Unopetite e Traumatológico
Hospital de Referência

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO. AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+4+ NEURO PERFUSÃO PRESERVADOS. SOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS 11.07.18 Do Serviço Somp Lavagem da ferida limpa Exame de R. do Orelha S. R. Silva Assistente Social CRESS - 03026140 Orelha S. Silva	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINANS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UM/VZ/12H	10 12:20 14:00	Verificar, sem queixas Verificado Tax = 36. 2°C. T°C. Eng. Vera Vera Lucia A. Da Silva Tec. Enfermagem COREN 276 200 17:30. Exame supravital, agbil, comunicativa, acitua dista operada, função fisiológicas por ventos, sem queixas. 11.07.18 08:00 Exame vital: maica, agbil, comunicativa, acitua dista operada, T°C. Eng. Vera de operação el auxili T°C. Eng. Vera 11.07.18 08:00 Exame vital: maica, agbil, comunicativa, acitua dista operada, T°C. Eng. Vera de operação el auxili T°C. Eng. Vera

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

11.07.18 08:00 Exame vital: maica, agbil, comunicativa, acitua dista operada, T°C. Eng. Vera
de operação el auxili
T°C. Eng. Vera

4 meses. 10:00. Evoluí s/

queixas. Tec. Eng. Vera

Lucia A. Da Silva
Enfermagem
CRNEN 216 200

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

REGISTRO PACIENTE **MARIA RITA BARBOSA DA SILVA**

IDADE **29**

CLÍNICA **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A**

LEITO **124**

HUERB
Hospital de Referência
Hospital de Especialidades

digitado e impresso em: 11/07/2018 às 12:39:12

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT: 03/07/18</p> <p>FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II</p> <p>INTERNAÇÃO</p> <p>PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APOS ACIDENTE DE TRANSITO. MOTO X CARRO.</p> <p>AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO. ADM LIMITADA POR DOR. EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS.</p>	<p>1. DIETA VOLVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H</p> <p>11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA</p>	<p>500 500 500</p> <p>16 28 28</p> <p>09</p> <p>09 20 09</p> <p>16</p>	<p>17:00. Evolui infirmita, agitada, comunicativa, acustou dieta aguardada funções fisiológicas por ventos, não registra dor com verificable tax = 37%. Tax = Eng. Vera</p> <p>Vera Lucia A. Da Silva Téc. Enfermagem COREN 276 200</p> <p>12/07/18</p> <p>Os 4:00 da tarde dormiu calmo e silencioso e micou presente Tax = 36% de oxigenação 103.16%</p>

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC-2247

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

12/04/18

8:00hs Pet em Bê6, LOTE, comuni-
cativo, espanico, qdruy, tãmam
bando de opanico, pu reali-
zaco traco de cobertura de
tudo de imobilizaco de BEE,
PA LEXSO MMTS, Tare 36, 3cc.
70 Anõs Purocio

18:00hs Pet segue em Bê6,
sem preico, aditõs a dietõc
poreico, eliminacoõs fisioleõgicõs
purocio, PA LEXSO MMTS, Tare
36, 3cc 70 Anõs Purocio.

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUEB



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILÁ DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 24/04/2019 às 13:59. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tiac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003707-92.2019.8.01.0070 e código 215C0E9.

REGISTRO: PACIENTE: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA IDADE: 29 CLINICA: CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A LETTO: 124

EVOLUÇÃO: PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

DT: 03/07/18	1. DIETA VO LIVRE		
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN	20.04 - 12 22.04 - 20.16	13/07/2018 - 4.00am p/le para estudar conveniência de moradia com duração de 15 dias ps-111/170 millyf - de fe de fe
INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS	04	
AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.	9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA	09 20.04.12 16	
SOLICITO OPERATORIOS.	EXAMES PRE		

Paulo Marcelino S Jr
Especialista em Diagnóstico e Tratamento
CRMIAC 2271

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL





REGISTRO

PACIENTE

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE

29

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO

124



EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DT: 03/07/18</p> <p>FRACTURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II</p> <p>INTERNACÃO</p> <p>PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.</p> <p>AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.</p> <p>SOLICITO OPERATORIOS.</p> <p>EXAMES</p> <p>PRÉ</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/H</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H</p> <p>4. TRAMMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS</p> <p>8. SINAIS VITAIS</p> <p>9. CURATIVO DIARIO</p> <p>10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/H</p> <p>11. CLEXYANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA</p>	<p>12:30</p> <p>18:30</p> <p>22:00</p> <p>OK</p> <p>10?</p> <p>12</p> <p>20</p> <p>OK</p> <p>16:</p>	<p>Bacteraemia - se cultura microbiologica, tomar antibiograma, ple. ple. - com 2000x.</p> <p>5700 leucos, caluro, m refero qnto no mo muito, aumento de plaquetas, qnto normal.</p> <p>pt. com deficit. de vdo mta - ver exames.</p> <p>14/07/18</p> <p>visão clara, febre, melhora qnto, reabrir mprimo de ar e de tmb. nos pulmões de leve de leve de pneumonia bi -</p> <p>Se final 541344</p>

Dr. Marcelo S. Jr.
Pneumologia e Traumatologia
CRM/AC 2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

REGISTRO

PACIENTE
MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE

29

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - A

LEITO

124



EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DT: 03/07/18	1. DIETA VO LIVRE		8:00 hrs Pct em BIC-100,
FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H	500 500 500	comunicação, tomou banho de aspersão com álcool, foi sua ligada feita de 5-6 cabeculhos de NTE, me- diado 7pm, tom 3h, 5oc.
INTERNAÇÃO	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H	10 10 29/04	Té Anes Bouvic
PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO.	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN	Ø	H colhs Pct deqno em FIC, com guiasas, cui- tau a diela operada, eli- minação fisiológica por vonté, PA 10x70mmHg, Tór 36, 3oc
AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS.	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN	Ø	Té Anes Bouvic
SOLICITO OPERATORIOS	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	Ø	Té Anes Bouvic
EXAMES	7. CUIDADOS GERAIS	Ø	Té Anes Bouvic
PRE	8. SINAIS VITAIS	Ø	Té Anes Bouvic
	9. CURATIVO DIARIO	Ø	Té Anes Bouvic
	10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H	Ø	Té Anes Bouvic
	11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA	Ø	Té Anes Bouvic

Paulo Marcelino S. Jr.
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRMAC-2217

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

passivo > 3h de dor
deu a 8h para ser
em 10h para 120x80mm
136 - deu para com
36 50 54

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

digitado e impresso em: 16/07/2018 às 14:41:28

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

29

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

124

HUERB
Hospital Geral
Zumbi dos Livres

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO. AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS. SOLICITO EXAMES PRÉ OPERATORIOS. PASSADO AOS PACIENTES O SEU LUGAR NA FILA CIRÚRGICA DE JOELHO(PELA DATA DE INTERNAÇÃO) PASSO CASO PARA DIRETOR MARCAR SEU PROCEDIMENTO, RESPEITANDO A FILA CIRÚRGICA PELA DATA DE INTERNAÇÃO.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA	12:30 04 10:10 04 12:30 04 16	<p>Paulo Marcelino S. Jr PRM Ortopedia e Traumatologia CRM/AC-2217</p> <p>12:30 04 10:10 04 16</p> <p>12:30 04 10:10 04 16</p> <p>12:30 04 10:10 04 16</p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

PACIENTE
MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE
29

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

HORARIO

LEITO
124

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II INTERNAÇÃO PACIENTE REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE EM JOELHO ESQUERDO APÓS ACIDENTE DE TRANSITO, MOTO X CARRO. AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDMA 2+4+ NEURO E PERFUSÃO PRESERVADOS. SOLICITO EXAMES PRÉ OPERATORIOS. PASSADO AOS PACIENTES O SEU LUGAR NA FILA CIRURGICA DE JOELHO, PELA DATA DE INTERNAÇÃO. PASSO CASO PARA DIRETORIO MARCAR SEU PROCEDIMENTO, RESPEITANDO A FILA CIRURGICA PELA DATA DE INTERNAÇÃO.	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA	08hs Paciente cor- tável, agébil, lí- cúida, reáliza- do banho de ar- perbas, as 08hs reálizado curti- tivo no MIE, as 16hs Paciente a- ceitou as dietas, fungões fisioló- gicos normais, P.A. 100x60mmHg, T.A. 37,5 A.F. Tran- qüilizado, sem queixas no momento. Dança na sala de espera de

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC-2217

SAME / HUERB
CÓPIA ORIGINAL

Paulo Marcelino S Jr
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2089



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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 24/04/2019 às 13:59. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003707-92.2019.8.01.0070 e código 215C0E9.

REGISTRO

PACIENTE
MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

IDADE
29

CLÍNICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - A

LEITO
124

HUERB
Hospital de Urgência e Emergência

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

<p>DT: 03/07/18 FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO SHATZKER II INTERNACAO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0.9% 500ML EV CADA 8/8H 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H (SN) 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H (SN) 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8 H 11. CLEXANE 40MG SC UMA VEZ AO DIA</p>	<p>12:00 04 13:30 04 15:30 04</p>	<p>10:00 la Paciente lota, em pé, preta, portanda a.v.p., regulada, higiene corporal, mas relata queixas de alergia. Sérgio Barbosa da Costa Téc. de Enfermagem ALEN/AC 375.416</p>
<p>AO EXAME DOR AO MOVIMENTO DE JOELHO, ADM LIMITADA POR DOR, EDEMA 2+/4+ NEURO E PERFUSAO PRESEVADOS. ALTA HOSPITALAR. AGUARDA AGENDAMENTO PARA CIRURGIA NO HC. COM DR. RODRIGO MINUANO.</p>	<p>Paulo Marcelino S. Jr. Especialista em Traumatologia CRM/AC 2217</p>	<p>16:30 04 16:30 04</p>	<p>16:00 la Paciente aceita a dieta oferecida, f.f.p, sem queixas no momento, medicada em; Sérgio Barbosa da Costa Téc. de Enfermagem COREN/AC 375.416</p> <p>16:30 la Saui de Alta. lta. pitalar a acompanhada, em lta. dema de rodada; Sérgio Barbosa da Costa Téc. de Enfermagem COREN/AC 375.416</p>

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUERB
 PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA (EXT)
 Requisicao: 18.PC.2.007962
 Identif...: 00000000

Idade...: 29
 Requis.: 18/07/2018

US. Origem.: UNIDADE DE SAUDE NAO INFORMADA
 Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):... 3,78 mm3
 Hemoglobina:..... 11,10 g/dL
 Hematocrito:..... 32,00 %
 VCM:..... 84,10 fl
 HCM:..... 29,50 pg
 CHCM:..... 35,00 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

Leucometria Global:..... 7.100 /mm3
 Basofilos:..... 0 %
 Valor Absoluto:..... 0 mm3
 Eosinofilos:..... 5 %
 Valor Absoluto:..... 355 mm3
 Mielocitos:..... 0 %
 Valor Absoluto:..... 0 mm3
 Metamielocitos:..... 0 %
 Valor Absoluto:..... 0 %
 Bastoes:..... 0 %
 Valor Absoluto:..... 0 mm3
 Segmentados:..... 60 %
 Valor Absoluto:..... 4.260 mm3
 Linfocitos:..... 30 %
 Valor Absoluto:..... 2.130 mm3
 Monocitos:..... 5 %
 Valor Absoluto:..... 355 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: 31 a 35 %
 VR: 4 a 8 %
 VR: 0 %

SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

Eliana S. Ferreira Saraiva
 Biomédica
 CRBM 778/PA

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 18/07/18 as 11:36 Coleta: 18/07/18 as 10:12-2a. Via Impressa: 18/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 1 MINUTO E 30 SEGUNDOS
 Tempo de Coagulacao:..... 6 MINUTOS
 Contagem de Plaquetas:.... 204.000 /mm3

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

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 18/07/18 as 11:37 Coleta: 18/07/18 as 10:12-2a. Via Impressa: 18/07/18

HUERB
 PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA (EME)
 Requisicao: 18.PC.2.009706
 Num. do BE: C2565106

Idade...: 29A
 Requis.: 04/07/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
 HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,94	mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm ³
Hemoglobina:.....	11,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	33,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	35,50	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	7.600	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Eosinofilos:.....	6	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	456	mm ³	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastos:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	152	mm ³	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	5.320	mm ³	
Linfocitos:.....	20	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.520	mm ³	
Monocitos:.....	2	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	152	mm ³	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Obaervacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
 Farmaceutico - Bioquimico
 CRF/AC 009

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 05/07/18 as 09:22 Coleta: 05/07/18 as 06:37-1a. Via Impressa: 05/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	01 MINUTO E 30 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	131.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 05/07/18 as 09:21 Coleta: 05/07/18 as 06:37-1a. Via Impressa: 05/07/18

CAMIA 2

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente.: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.009640
Num. do BE: 02565106

Idade.: 29A
Requis.: 04/07/2018

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

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,83	mm ³	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm ³
Hemoglobina:.....	11,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	32,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	30,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	36,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.200	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Eosinofilos:.....	5	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	410	mm ³	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	82	mm ³	
Segmentados:.....	60	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.920	mm ³	
Linfocitos:.....	25	%	VR: 20 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.050	mm ³	
Monocitos:.....	9	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	738	mm ³	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm ³	
Observacao:.....			

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 em 04/07/18 as 08:27 Coleta 04/07/18 as 06:03 Impresso 04/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento: ...	1 MINUTO E 30 SEGUNDOS.	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:	8 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:	143.000 /mm ³	VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 em 04/07/18 as 08:39 Coleta 04/07/18 as 08:39 Impresso 04/07/18

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
 ID paciente:
 Data nascimento:
 Cód barra: 2009640
 Sexo:
 Depart.: CCB
 Diagn.:
 Médico:
 Comentário:

ID amost: 6
 Idade:
 Tipo de amostra: Soro
 Data da coleta: 04/07/2018
 Hora da coleta:

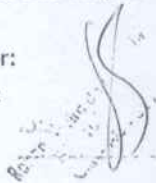
Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	92	mg/dL		
URE	19	mg/dL		
CRE	0.7	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 04/07/2018

Data/Hora teste: 04/07/2018

Data/Hora impr.: 04/07/2018 07:44:49

Testador:
 Revisor:



Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

**SAME / HUERB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL**



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor no joelho (E)

História da Doença Atual: Quedo de moto hoje

História da Doença Anterior: NDN

Exame Físico: Edema em joelho. Rx mo do joelho
envolvimento de plombo to tibia

Diagnóstico Provisório: Fr Plavolta tibial

Diagnóstico Definitivo: Oms mo

Motivo da Ccbrança: 12

SAME/QUEBR
CÓPIA ORIGINAL

Dr. Carlos Marques Jr.
Ortopedista e Traumatologista
CRM-AC 15928/SPOT 15977


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

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 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2 - CHES 4 - CHES	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE <i>Umbria Rita Barbosa da Silva</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc. <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA/COR 10.1 - Etnia	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doen + Dificuldade para Deambular</i>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Condição aguda para Dr. Rodrigo no dia Paciente aguardando em casa, demora</i>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAM. REALIZADOS) <i>interior em Anom nel - Exame físico - Exame de sangue</i>			
23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO <i>Prostria parietal fixa (E)</i>			
24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopédico</i>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA <i>Ortopédica</i>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CHS <input type="checkbox"/> CPF	
32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Rodrigo</i>	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>19/04/19</i>		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>[Assinatura]</i> Conselho Regional de Medicina - CRM - 2067	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - <input type="checkbox"/> AGENTE DE TRÂNSITO 37 - <input type="checkbox"/> AGENTE TRABALHO TÍPICO 38 - <input type="checkbox"/> AGENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N° DO BILHETE	
41 - SÉRIE		42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CID	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 24/04/2019 às 13:59. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0003707-92.2019.8.01.0070 e código 215COE9.

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paçiente...: MARIA RITA BARBOSA DA SILVA (EXT)
Requisicao: 18.PC.2.007962
Identif...: 00000000 *CC-A*

Idade...: 29
Requis.: 18/07/201

US. Origem.: UNIDADE DE SAUDE NAO INFORMADA
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	3,78	mm3
Hemoglobina:.....	11,10	g/dL
Hematocrito:.....	32,00	%
VCM:.....	84,10	fl
HCM:.....	29,50	pg
CHCM:.....	35,00	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

Leucometria Global:.....	7.100	/mm3
Basofilos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Eosinofilos:.....	5	%
Valor Absoluto:.....	355	mm3
Mielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Metamielocitos:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	%
Bastoes:.....	0	%
Valor Absoluto:.....	0	mm3
Segmentados:.....	60	%
Valor Absoluto:.....	4.260	mm3
Linfocitos:.....	30	%
Valor Absoluto:.....	2.130	mm3
Monocitos:.....	5	%
Valor Absoluto:.....	355	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 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 18/07/18 as 11:36 Coleta: 18/07/18 as 10:12-2a. Via Impressa: 18/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.....	1 MINUTO E 30 SEGUNDOS
Tempo de Coagulacao:.....	6 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:....	204.000 /mm3

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

Liberado por: ELIANA DA SILVA F SARAIVA - CRBM 778/PA 18/07/18 as 11:37 Coleta: 18/07/18 as 10:12-2a. Via Impressa: 18/07/18

Eliana S. Ferreira Saraiva
Blomédica
CRBM 778/PA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 24/04/2019 às 13:59. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0003707-92.2019.8.01.0070 e código 215COE9.

IDADE

CLINICA

LEITO

REGISTRO

29

PACIENTE Maria Rita Barbosa da Silva

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

DIAGNOSTICO: Fx Pélo

1. DIETA ZERO APOS 00:00

2. SF 0,9% 1000 ML IV 24H

3. DIFIRONA 1G EV DILUIDO 8/8H

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN

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

6. CURADOS GEMAS

9. SINAIS VITAIS

DATA DA CIRURGIA:

24/02/18

DATA DA INTERNAÇÃO:

25/02/18

MEDICO RESPONSÁVEL:

Dr Rodrigo

HOSPITAL:

Hc

MATERIAL:

COXA 3,5 + 4,5 um com unhas

COXA 3,5 + 4,5 Bioguaco

+ Fio Knishmer + (+0/1,5) 20/2,5

Fio cerclagem

Aluizio Junior
RUA Chagas e Iracema
CRP 2062

OBSI
"Querido a
Mospano de
conulto dia 23/02/18"

REGISTRO PACIENTE Maria Rêta Barbosa da Silva IDADE 39 CLÍNICA LEITO

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO: Fx Pleura

39

DATA DO TRAUMA: 05/07/18

- 1. DIETA ZERO APOS 00:00
- 2. SF 0,9% 1000 ML IV 24H
- 3. DIFERONA 1G EV DILUIDO 6/6H
- 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN
- 5. PCLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H-SN
- 8. CURBADOSS-GERMAG
- 9. SINAIS VITAIS

DATA DA CIRURGIA: 24/07/18

DATA DA INTERNAÇÃO: 25/07/18

MEDICO RESPONSÁVEL: Dr Rodrigo

HOSPITAL: Hc

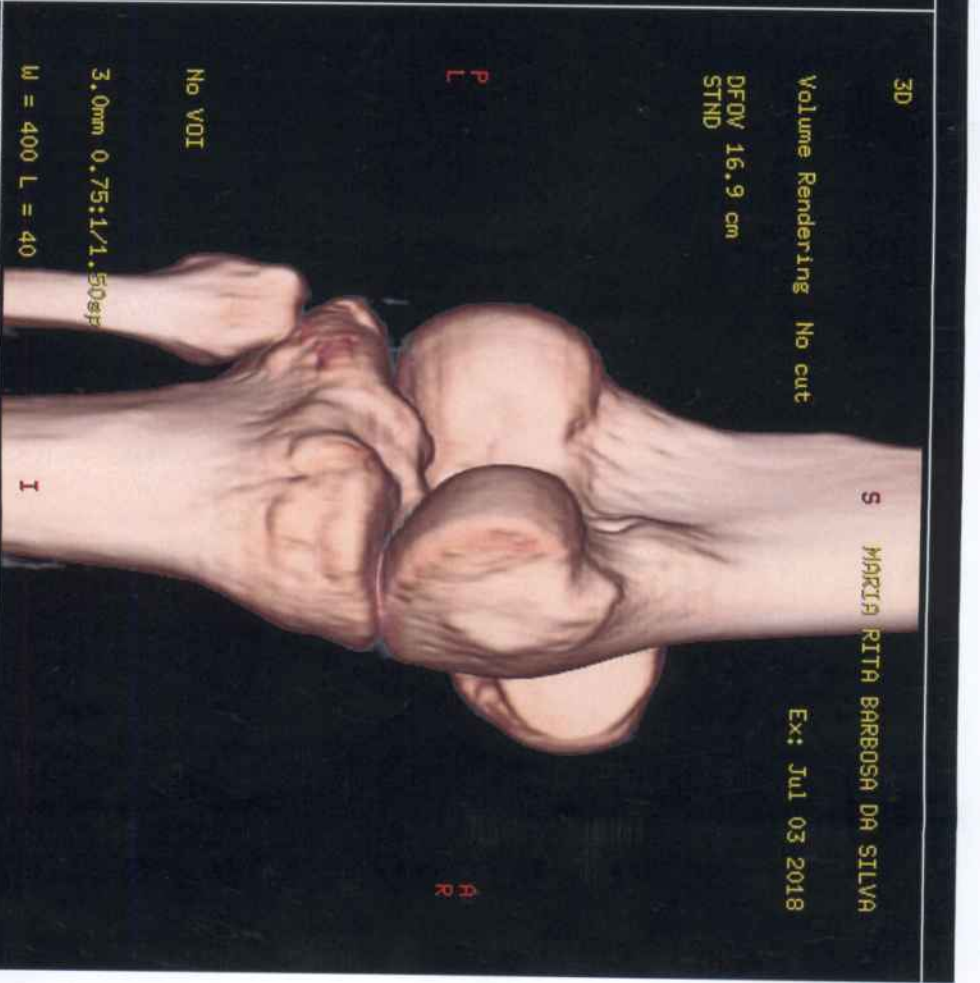
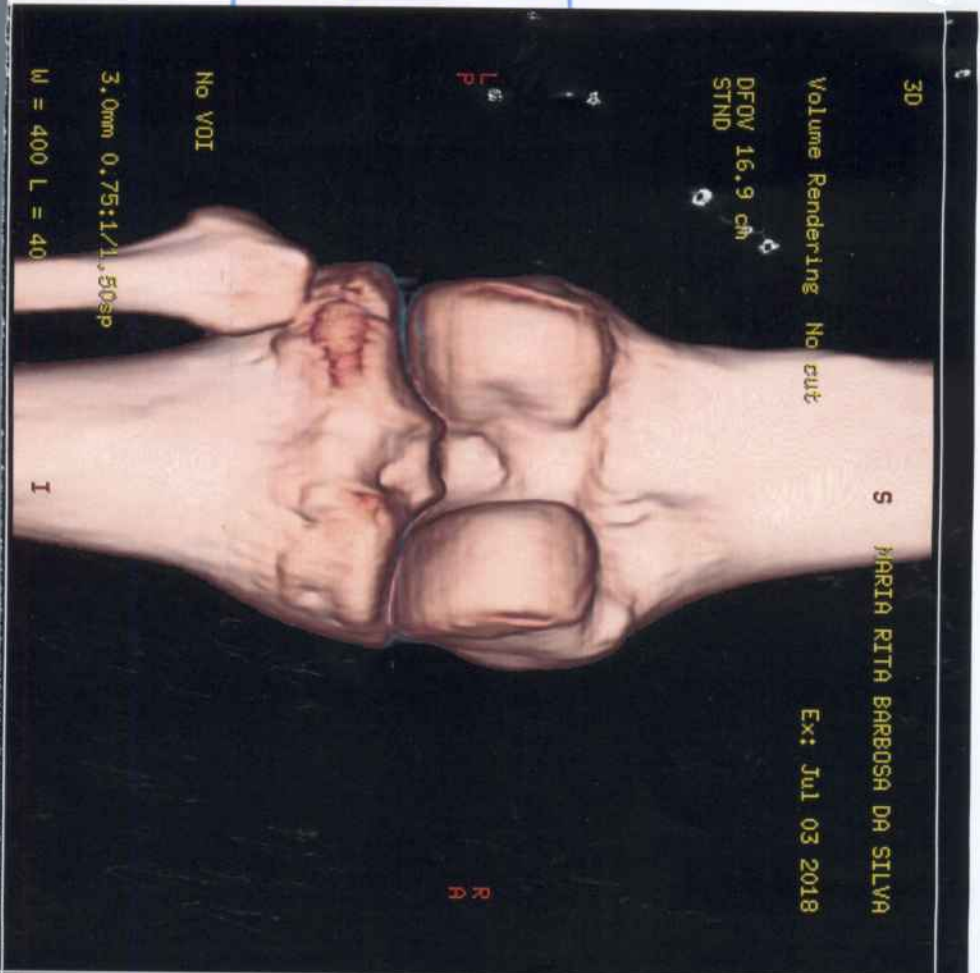
Aluizio Junior
R.M. Otopneumologia
CRM - 2093

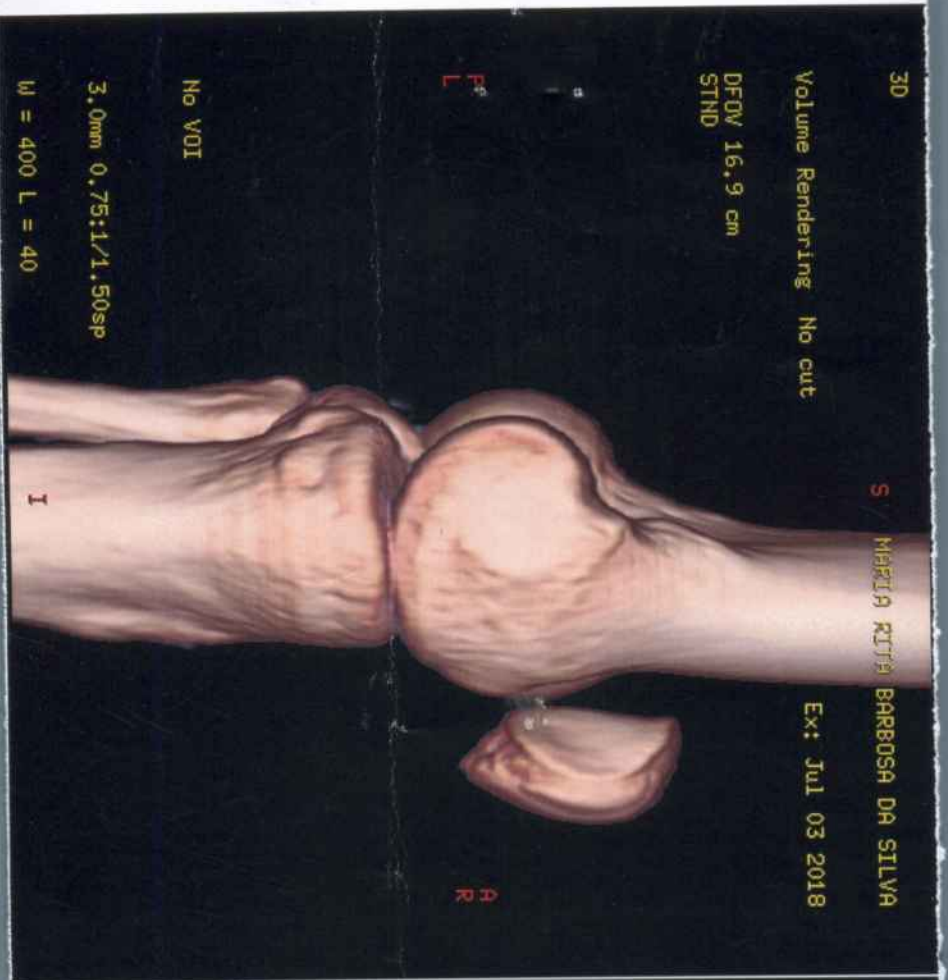
Obs!
"Quer falar a
respeitando o vdo de
konulfo do 23/07/18."

MATERIAL: COMO 3,5 + 4,5 via com ventose

COMO 3,5 + 4,5 Bioguaco

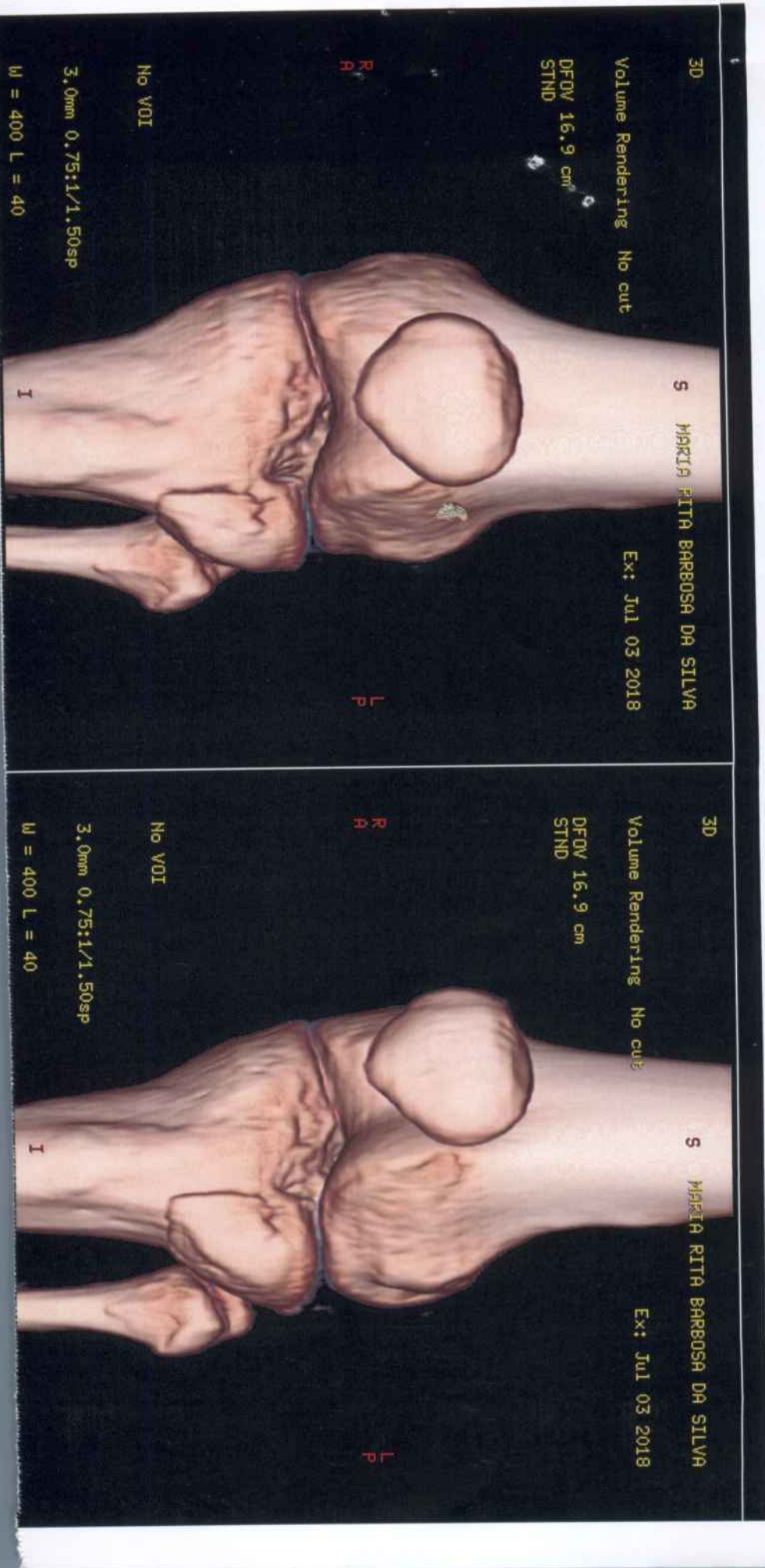
+ Fio kauschner + (+0,55)20925)
Fio vertebre

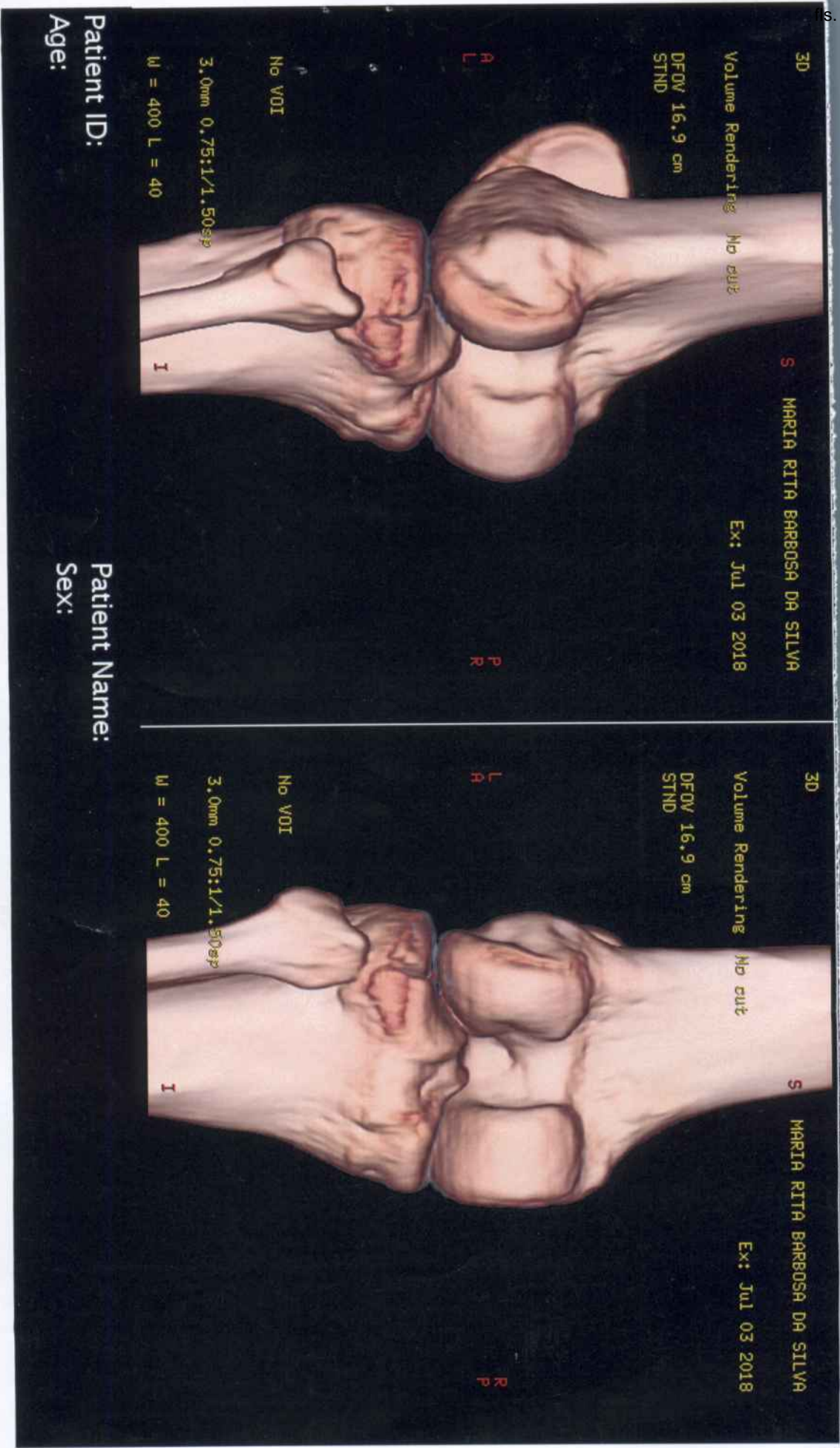












Patient ID:
Age:

Patient Name:
Sex:



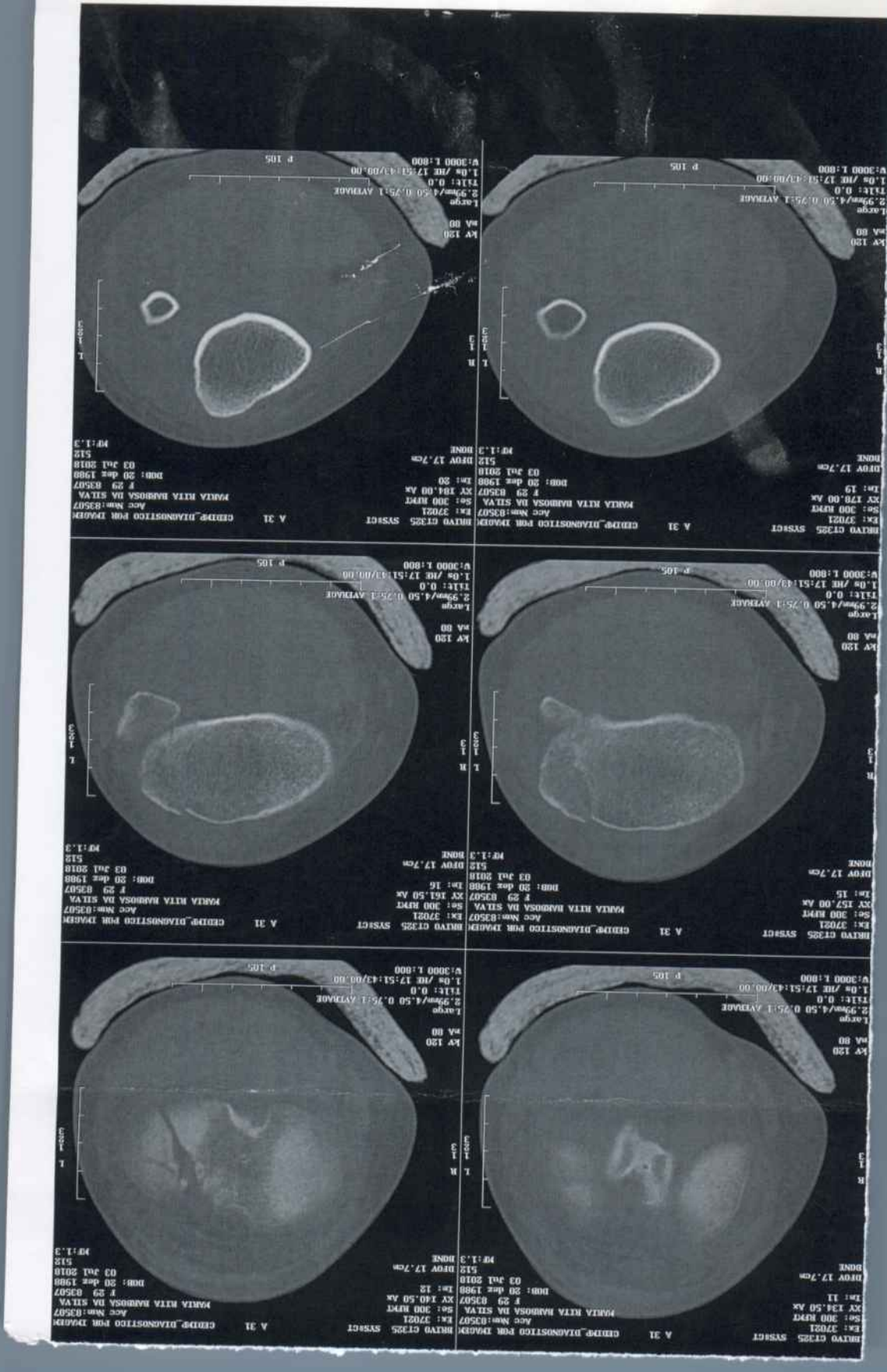


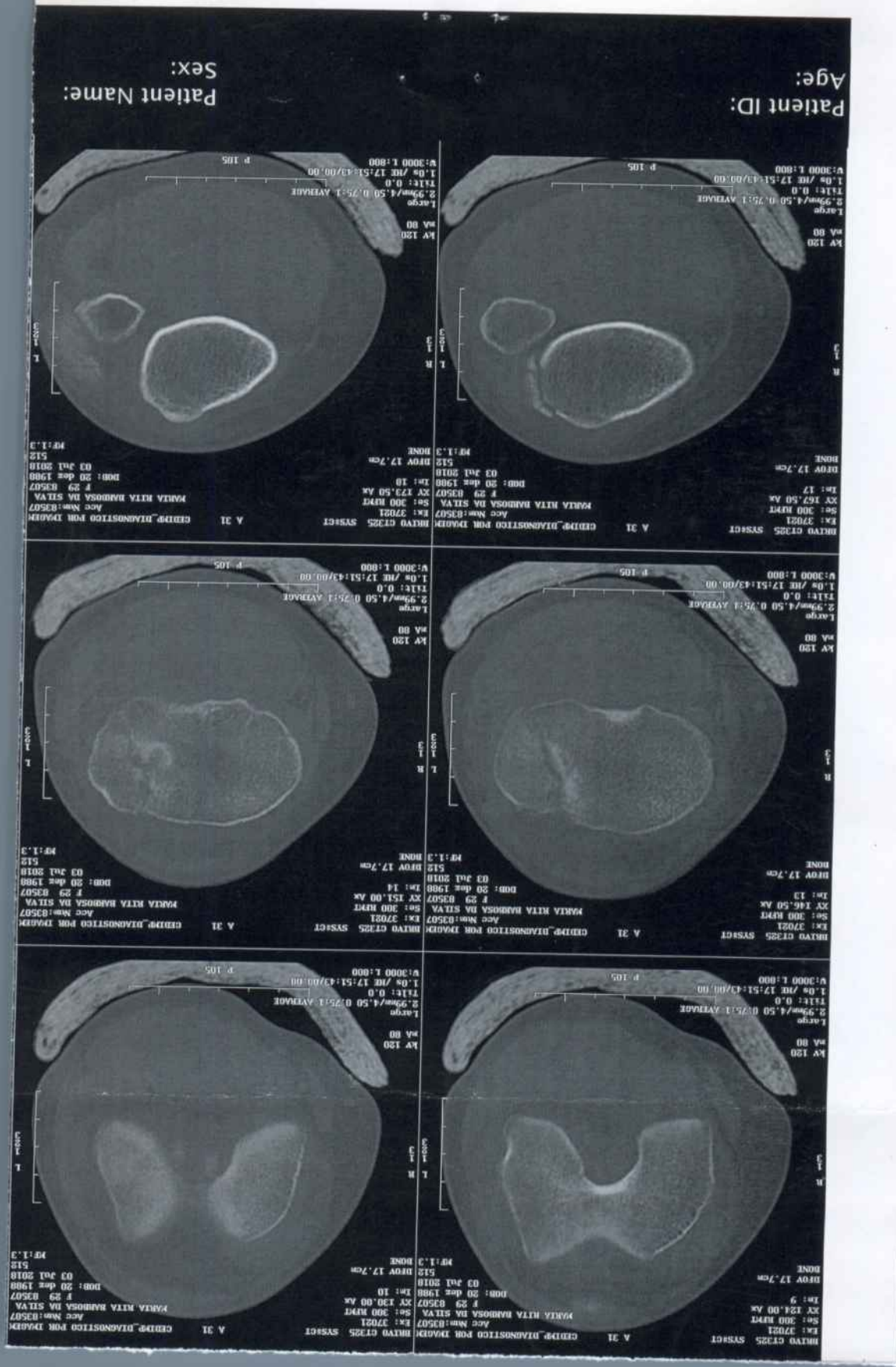
Patient Name: Sex: Patient ID: Age:











MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
981.916.752-34
Nome
MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
Nascimento
20/12/1988



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Polgar Direito

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1069584-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/2006

NOME **MARIA RITA BARBOSA DA SILVA**

FILIAÇÃO **JOSÉ VIRGULINO ABREU DA SILVA**
ANTONIA BARBOSA

NATURALIDADE **FEIJÓ - AC** DATA DE NASCIMENTO **20/12/1988**

DOC ORIGEM **CERTD NASC 17.735 FLS 42V LIV A23**
01 OF FEIJÓ - AC

CPF

1 VIA

Alvandro Soares de Assis
Diretor de Serviços de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

P 6

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 14 FEV 2019
PROTOCOLO
 AG. RIO BRANCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA CIDADANIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1423471785

	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 10695842 SSP AC	
	CPF 981.916.752-34	DATA NASCIMENTO 20/12/1988
FILIAÇÃO JOSE VIRGULINO ABREU DA SILVA ANTONIA BARBOSA		
PERMISSÃO	AGE	CAT. HAB.
05605141372	21/06/2022	27/09/2012

OBSERVAÇÕES

Maria Rita Barbosa da Silva

PROIBIDO PLASTIFICAR
1423471785

LOCAL RIO BRANCO, AC	DATA EMISSÃO 22/06/2017
 <small>PROCURADOR GERAL DE JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</small>	
<small>ASSINATURA DO EMISSOR</small> ACRE	

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 981.916.752-34 Nome completo da vítima: Maria Rita Barbosa da Silva

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

Nome completo: Maria Rita Barbosa da Silva CPF: 981.916.752-34
 Profissão: meuso-me Endereço: R. Samuel Zidial Número: 38 Complemento: _____
 Bairro: Alto Alegre Cidade: Rio Branco Estado: Acre CEP: 69921-231
 E-mail: _____ Tel. (DDD): 6899979-2465

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

RENDA MENSAL:
 RECURSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2278 CONTA: 013.00025881 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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

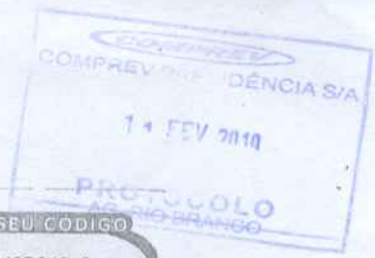
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Rio Branco - Acre, 08 de Fevereiro de 2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: Maria Rita Barbosa da Silva
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0405648-5

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Maranhães 224 - Bonique - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.032/0001-70 | Ins. Estadual: 01.054.141/001-48
Núcleo Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço Unico

Nº da Nota Fiscal: 003457179

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CODIGO (A.W)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JANEIRO/2019	25/01/2019	100	73,80

MARIA RITA BARBOSA DA SILVA
R SAMUEL VIDAL 38 ALTO ALEGRE
CPF: 00098191675234
CEP: 69.921-231 - RIO BRANCO

ROT: 31.001.31.02.007550

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	Anterior	Atual	Anterior
1194	1094	19/01/2019	19/12/2018
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Leitura: 15/02/2019	
Consumo Medido: 100		Emissão: 14/01/2019	
Consumo Faturado: 100	FCAM	Apresentação: 19/01/2019	

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Sub-classe	Ligação	Número Medidor	Passe	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	MON17103867		1.1.1.1	91

HISTÓRICO kWh (R\$)		DESCRICO DA CONTA	
Mês	kWh	Descrição	Valor (R\$)
DEZ/18	95	CONSUMO 100 A R\$ 0,512852 =	51,28
NOV/18	120	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,54
OUT/18	116	DEV. ENE-PROC 10014135 12/18-00	0,88
SET/18	84	DEV. PIS-PROC 10014135 12/18-00	0,01
AGO/18	108	DEV. COF-PROC 10014135 12/18-00	0,02
JUL/18	79	FINANCIAMENTO PADRAO 11/24	20,89
JUN/18	79		
MAI/18	92		
ABR/18	88		
MAR/18	71		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 100 - 0,509930

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CFE LIMINAR JUDICIAL FOI SUSPENSO O REAJUSTE TARIFARIO DE 21,29%
LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabens! Até o dia 14/01/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 7453.3CD8.1623.BED1.AD24.26CD.8512.92D0

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		IMPOSTOS/TRIBUTOS (R\$)	
Distribuição	22,96	Base de Cálculo	
Energia	18,30	Alíquota ICMS	
Transmissão	0,61	Valor do ICMS	
Encargos	9,12	Valor do PIS	0,05
Tributos	0,29	Valor do COFINS	0,24

	DIC			PIC			DMC		DCES	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual	Mensal	Anual
Unidade	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71			
Realizado	0,00			0,00			0,00			
Conjunta	FRANCISCO			Período de apuração: 11/2018			EUSD		38,42	