

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

FRANCISCO DA CHAGAS DE CASTRO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF: sob o nº 052.277.632-91e no RG: sob nº088942 SSP/AC, residente e domiciliada na rua são Raimundo, nº426, Bairro: cadeia velha ,699905-276, por trás da alta são Paulo, fone: 99999-88-28 ou 99946-89-57,Rio Branco - 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, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil, com a cláusula *ad judicia 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 qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do artigo 331 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, 09 de Agosto de 2016.

Francisco das Chagas de Castro

DECLARAÇÃO

FRANCISCO DA CHAGAS DE CASTRO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF: sob o nº 052.277.632-91e no RG: sob nº088942 SSP/AC, residente e domiciliada na rua são Raimundo, nº426, Bairro: cadeia velha ,699905-276, por trás da alta são Paulo, fone: 99999-88-28 ou 99946-89-57, Rio Branco,- Acre, declara 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, 09 de Agosta 2016.

Francisco das Chagas de Castro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

Polegar Direito

Francisco das Chagas de Castro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 88942

DATA DE EXPEDIÇÃO 03/05/2006

NOME FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

FILIAÇÃO

MARIA JOSÉ OSÓRIO DE CASTRO

NATURALIDADE RIO BRANCO - AC

DOC ORIGEM CERTD NASC 5077 FLS 26 LIV A-6

RIO BRANCO - AC

052.277.632-91

2 VIA

DATA DE NASCIMENTO 15/06/1956

CARLOS BACELAR GOMES RODRIGUES

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

Narrativa da Ocorrência:

De acordo com a narrativa da condutora do V3 e vestígios encontrados no local, V1 trafegava em velocidade incompatível com a via e colidiu em uma lombada na pista de rolamento perdendo assim o controle da direção do veículo, resultando em colisão lateral com V2 e V3.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: ANR-9875 **Sequencial:** V1 **Descrição:** **Chassi:** 9BGTR69W07B106344 **Renavam:** 882567241
Marca/Modelo: GM/ASTRA SEDAN **Cor:** PRETA **Ano:** 2006 **Tipo:** Automóvel **Emplacamento:** RIO BRANCO/AC
Ocupantes: 1 **Espécie:** Passageiro **Categoria:** Particular
Proprietário: JOSE ALEXANDRE PINHEIRO **CPF/CNPJ:** 026.003.232-87
Endereço: CONJ TUCUMA II R N7 CASA 125 125 DISTRITO INDUSTRIAL **CEP:** 69.900-650
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Telefones:**

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: **Placa U2:** **Placa U3:** **Placa U4:**
Origem: RIO BRANCO/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Descrição do
Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo **Saída de Pista?** Sim **Derrapagem?** Não **Capotagem?** Não **Tombamento?** Não
Colisão com Objeto Fixo: Outro veículo **Colisão com Objeto Móvel:** Não Houve **Incêndio?** Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 **Estado dos Pneus:** Bom

DADOS DA CARGA

Carregamento: **Houve Derramamento de Carga?** Não **Extensão dos Danos:** **Moeda:** Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 **Produto Perigoso:**
Descrição da Carga:

GRAUS DE AVARIA E MONTA DE DANOS DO VEÍCULO E CVC

VEÍCULO PRINCIPAL	CVC - UNIDADE 1	CVC - UNIDADE 2	CVC - UNIDADE 3	CVC - UNIDADE 4
4 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
4 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
4 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
4 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Monta: Pequena	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: **Data/Hora da Recepção (hora local):** **Motivo:**
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: **Descrição do Encaminhamento:**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA:	561169
Comunicação:	C624828
OCORRÊNCIA:	Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa:	MZY-9611	Sequencial:	V3	Descrição:		Chassi:	93XJRK8T9C808218	Renavam:	122632877
Marca/Modelo:	MMC/L200 TRITON 3.2 D	Cor:	PRETA	Ano:	2008	Tipo:	Caminhonete	Emplacamento:	RIO BRANCO/AC
Ocupantes:	2	Espécie:	Especial	Categoria:	Particular				
Proprietário:	BRADESCO LEASING S/A ARR MERCANTIL						CPF/CNPJ:	47.509.120/0001-82	
Endereço:	RUA EPAMINONDAS JACOME NR 55 CENTRO RIO BRANCO						CEP:	69.908-420	
Município/UF:						Telefones:			

Município/UF:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1:		Placa U2:		Placa U3:		Placa U4:	
Origem:	BUJARI/AC - BRASIL			Destino:	RIO BRANCO/AC - BRASIL		

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Descrição do []
 Manobra do Veículo no Acidente: [Transitava em sentido oposto] Saída de Pista? [Sim] Derrapagem? [Não] Capotagem? [Não] Tombamento? [Não]
 Colisão com Objeto Fixo: [Não Houve] Colisão com Objeto Móvel: [Outro veículo] Incêndio? [Não]
 Marcas de Frenagem (m): [0,0] Estado dos Pneus: [Bom]

DADOS DA CARGA

Carregamento:		Houve Derramamento de Carga?	Não	Extensão dos Danos:		Moeda:	Real-R\$
Valor Total da Carga:		R\$0,00	Produto Perigoso:				
Descrição da Carga:							

GRAUS DE AVARIA E MONTA DE DANOS DO VEÍCULO E CVC

VEÍCULO PRINCIPAL

0 0 0

0 3 3

0

4 3 0

Monta: Pequena

CVC - UNIDADE 1

0 0 0

0 0 0

0

0 0 0

Monta: Sem danos

CVC - UNIDADE 2

0 0 0

0 0 0

0

0 0 0

Monta: Sem danos

CVC - UNIDADE 3

0 0 0

0 0 0

0

0 0 0

Monta: Sem danos

CVC - UNIDADE 4

0 0 0

0 0 0

0

0 0 0

Monta: Sem danos

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: _____ Data/Hora da Recepção (hora local): _____ Motivo: _____
 Responsável pela Recepção: _____
 Documento do Responsável: _____
 Município/UF: _____ Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NAA-6128 **Sequencial:** V2 **Descrição:** **Chassi:** 9C2KD03108R028106 **Renavam:** 980925150
Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD **Cor:** VERMELHA **Ano:** 2008 **Tipo:** Motocicletas **Emplacamento:** RIO BRANCO/AC
Ocupantes: 2 **Espécie:** Passageiro **Categoria:** Particular
Proprietário: DULCILIO COSTA DE LIMA **CPF/CNPJ:** 340.334.672-20
Endereço: TV SAO FRANCISCO N 120 JOAO EDUARDO I **CEP:** 69.900-000
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Telefones:**

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: **Placa U2:** **Placa U3:** **Placa U4:**
Origem: RIO BRANCO/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Descrição do
Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto **Saída de Pista?** Sim **Derrapagem?** Não **Capotagem?** Não **Tombamento?** Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve **Colisão com Objeto Móvel:** Outro veículo **Incêndio?** Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 **Estado dos Pneus:** Bom

DADOS DA CARGA

Carregamento: **Houve Derramamento de Carga?** Não **Extensão dos Danos:** **Moeda:** Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 **Produto Perigoso:**
Descrição da Carga:

GRAUS DE AVARIA E MONTA DE DANOS DO VEÍCULO E CVC

VEÍCULO PRINCIPAL	CVC - UNIDADE 1	CVC - UNIDADE 2	CVC - UNIDADE 3	CVC - UNIDADE 4
0 1 1 1	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
1 3 2 3	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
Monta: Pequena	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos	Monta: Sem danos

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: **Data/Hora da Recepção (hora local):** **Motivo:**
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: **Descrição do Encaminhamento:**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V3/MZY-9611
Nome/Apelido: ROSILENE DA SILVA NUNES
Data de Nascimento: **Sexo:** Feminino **Estado Civil:** Casado
Nome do Pai: LUIZ CARLOS NUNES
Nome da Mãe: RAIMUNDA FERREIRA DA SILVA
Endereço: RUA FRANCISCO MANGABEIRA 143, BOSQUE **CEP:**
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Telefones:** **Grau de Instrução:** Superior
Naturalidade: RIO BRANCO/AC **Nacionalidade:** BRASIL **Ocupação Principal:**
CPF: 512.350.992-53 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:**
Origem: BUJARI/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC - BRASIL
Estado Físico: Ileso **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não **Havia Vestígio de Ingestão de Álcool?** Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim **Categoria CNH:** B **Registro CNH:** 03348887690/AC **Primeira Habilitação:** 29/07/2004
Validade CNH: 09/03/2014 **Pais CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:** **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Documento do Responsável: **Motivo:**
Município/UF:
Descrição do

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/NAA-6128 /
Nome/Apelido: MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA LIMA **Sexo:** Feminino **Data de** 18/12/1965
Nome do Pai: ELIAS GOMES DE LIMA
Nome da Mãe: ESMERINDA AMARO DE OLIVEIRA **CEP:**
Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO 406, CADEIA VELHA
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Naturalidade:** RIO BRANCO/AC **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**
Estado Civil: Casado **Grau de Instrução:** Não Informado
Ocupação Principal: **Origem:** RIO BRANCO/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC -
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Sim
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:** **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Documento do Responsável: **Motivo:**
Município/UF:
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V3/MZY-9611 /
Nome/Apelido: BERNARDO DA SILVA NUNES **Sexo:** Masculino **Data de**
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: RUA FRANCISCO MANGABEIRA 143, BOSQUE **CEP:**
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones**
Estado Civil: **Grau de Instrução:** Não Informado
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Ileso **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1075656 - VISLAN CAMPOS DOS REIS **Data/Hora do Acidente (hora local):** 26/07/2009 16:45 **BR:** 364 **KM:** 149,0
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Tipo de Acidente:** Colisão lateral **Sentido da Via:** Crescente
Fase do dia: Pleno dia **Condições da Pista:** Seca **Restrições de Visibilidade:** Inexistente
Sinalização existente: Vertical, Horizontal **Sinalização luminosa:** Inexistente **Condição meteorológica:** Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não
DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

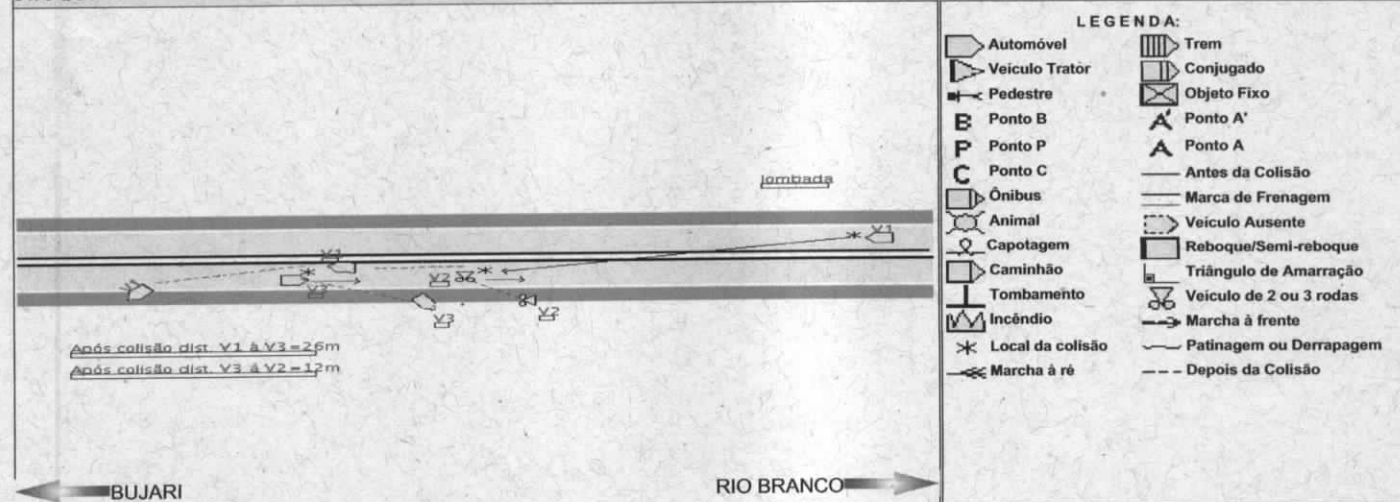
Uso do Solo: Rural **Tipo de Localidade:** Residencial
Existe acostamento? Sim **Estado de Conservação:** Regular **Há desnível?** Não **É pavimentado?** Não **Largura (m):** 1,8
Possui defesa? Não existe **Possui meio-fio?** Não existe **Possui sarjeta?** Não existe
Existe canteiro central? Não **Estado de Conservação:** **Largura (m):** 0 **Tipo de inclinação:**
Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado **Estado de Conservação do Obstáculo:**

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular **Ocupação:** Livre
Cerca: Não existe **Pista de Rolamento - Estado de Conservação:** Regular **Tipo:** Simples **Qtd. de Faixas:** 2
Tipo de Pavimento: Asfalto **Perfil:** Rampa >= 3% **Traçado:** Reta **Curva Vertical:** **Superelevação:** Não
Superlargura: Não **Largura da Pista (m):** 0 **Estreitamento:** Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Pista com lombada ocasionada por recalque do asfalto, existente no lado direito.

CROQUI



VEÍCULO **P1** **DISTÂNCIA P1-A (m)** **DISTÂNCIA P1-B (m)** **P2** **DISTÂNCIA P2-A (m)** **DISTÂNCIA P2-B (m)**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 561169
Comunicação: C624828
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ANR-9875
Nome/Apelido: ALEXANDRE SAMPAIO PINHEIRO
Data de Nascimento: 01/05/1990 **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Solteiro
Nome do Pai: JOSÉ ALEXANDRE PINHEIRO
Nome da Mãe: SUELY SAMPAIO PINHEIRO
Endereço: CONJ. TUCUMÃ II QN7 C.125 DISTRITO INDUSTRIAL **CEP:** -
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Telefones:** **Grau de Instrução:**
Naturalidade: **Nacionalidade:** BRASIL **Ocupação Principal:** ESTUDANTE
CPF: 528.476.752-72 **Documento de Identificação:** 463217 **Orgão Expedidor:** SSP /AC
Origem: RIO BRANCO/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC - BRASIL
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não **Havia Vestígio de Ingestão de Álcool?** Ignorado
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim **Categoria CNH:** B **Registro CNH:** 04385209860/AC **Primeira Habilitação:** 13/06/2008
Validade CNH: 07/05/2013 **País CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/NAA-6128
Nome/Apelido: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO
Data de Nascimento: 15/06/1956 **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Casado
Nome do Pai:
Nome da Mãe: MARIA JOSÉ OSÓRIO DE CASTRO
Endereço: RUA SÃO RAIMUNDO 406, CADEIA VELHA **CEP:** -
Município/UF: RIO BRANCO/AC **Telefones:** **Grau de Instrução:** Não Informado
Naturalidade: **Nacionalidade:** BRASIL **Ocupação Principal:**
CPF: 052.277.632-91 **Documento de Identificação:** 088942 **Orgão Expedidor:** SSP /AC
Origem: RIO BRANCO/AC - BRASIL **Destino:** RIO BRANCO/AC - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Sim
Existe Declaração em Anexo? Não **Havia Vestígio de Ingestão de Álcool?** Não
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim **Categoria CNH:** AB **Registro CNH:** 01996892109/AC **Primeira Habilitação:** 03/10/1986
Validade CNH: 12/05/2011 **País CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: **Responsável pela Recepção:**
Documento do Responsável: **Data/Hora da Recepção (hora local):**
Município/UF: **Motivo:**
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2011 11:26:13
NÚMERO DE CONTROLE: c174607e3e5a565a

→ Delegacia → Guia para ^{fls. 19}
exame complementar

→ Hospital → Prontuário

~~D. NASATU~~

7 h. 13 h.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE
Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania da Comarca de Rio Branco

Autos n.º 0028958-43.2010.8.01.0001
Classe Procedimento Sumário
Requerente Francisco das Chagas de Castro, CPF: 052.277.632-91
Requerido Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A, CNPJ 09.248.608/0001-04

ALVARÁ JUDICIAL
(Levantamento de Depósito Judicial)

A Juíza de Direito Maha Kouzi Manasfi e Manasfi, do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania, da Comarca de Rio Branco, na forma da lei, etc. **AUTORIZA**, independentemente do juízo ao qual a conta esteja vinculada, em face ao acordo entabulado nesses autos, o gerente da instituição bancária a efetuar a **operação de saque de depósito judicial remunerado, conforme dados abaixo:**

BANCO Banco do Brasil S.A. – Agência Setor Público

CONTA ID 081050000000030821

VALOR **R\$ 2.620,00 (dois mil, seiscentos e vinte reais)**, acrescido da remuneração eventualmente existente.

BENEFICIÁRIO Francisco das Chagas de Castro, CPF: 052.277.632-91 ou Advogado(a) Paulo André Carneiro Dinelli da Costa, OAB-sob o n.º: 2425A/AC

SEDE DO JUÍZO Avenida Ceará, nº 2.692 - Ao lado do colégio João Calvino, próximo à TV Rio Branco, Bairro Abraão Alab - CEP 69900-448, Fone: 3211-5414 3211-5412, Rio Branco-AC - E-mail: cejus1rb@tjac.jus.br

Rio Branco-AC, 23 de novembro de 2011.

Maha Kouzi Manasfi e Manasfi
Juíza de Direito

*Válido Somente se assinado pelo Juiz - Exigível a apresentação da carteira de identidade do favorecido.
A emissão deste documento pode ser confirmada no portal do Tribunal de Justiça na Internet – www.tjac.jus.br*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/12/2018 às 12:14, sob o número 07138972320188010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/doc/abrCnferenciaDocumento.do>, informe o processo 0713897-23-2018.8.01.0001 e código 1ED71D1.

CLIENTES DPVAT

NOME: Francisco das Chagas de CastroDATA DO ACIDENTE: / /

Fone:

DOC A SEREM ENTREGUES PELO CLIENTE

- ☐ RG
☐ CPF
☐ COMPROVANTE DE ENDEREÇO
☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
☐ PRONTUÁRIO MÉDICO
☐ LAUDO MÉDICO

OBSERVAÇÃO:

Decisão DPVAT / posteriormente teve PERNA
Amputada

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 43899
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO
Documento.....: 088942-RG Tipo :
Data de Nascimento: 15/06/1956 Idade: 53 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: NAO DECLARADO
Nome da Mae.....: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO
Endereco.....: RUA SAO RAIMUNDO 426
Bairro.....: CADEIA VELHA Cep.: 69900-000
Telefone.....: 9223-4890
Município.....: 1200401 - RIO BRANCO - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

CÓPIA
Conforme o Original
HUEBB

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1544451
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: ~~040-0153~~ 47. 173.
Data da Internacao: 26/07/2009
Hora da Internacao: 23:50
Medico Solicitante: 308.225.562-00 - ANTONIO SAVIO DANTAS BARROSO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: FRANCINEIDE

Procedimento Autorizado

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -

Dias de U.T.I Autorizados

Mês Inic.	Mês Ant.	Mês Atm	Total
()	()	()	()
Acomp. Dias ()			

Serviços Profissionais

01	Tipo	C.G.C.	Ato Profis.	Tipo Ato	Q.T. Ato	N.T. Fiscal
02		53300394952	03010186		01	223136
03		23338984232	03010130		01	223136
04			07030199		21	
05			0401010935		21	
06			0204060168		02	
07			0204050130		01	
08			0204060095		01	
09						
10			0306020068		03	
11			0212010075		02	
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Proced. Realizado

AIH Posterior

AIH Anterior

Houver Infeç. Hospitalar

Exp.

Data de Saída

Diag. Princ.

Diag. Secund.

Mot. Cobrança

Nº de Nascidos

Vivos

Mortos

Altas

Nº de Saídas

Transf.

Óbitos

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						3 - CNES	
HUERB							
Identificação do Paciente						8 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE						43-899	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						6 - DATA DE NASCIMENTO	
						15/06/56	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL						9 - SEXO	
M ^{re} Jov. Maria de Castro						Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)						11 - TELEFONE DE CONTATO	
R: São Raimundo nº 426 B: Cadeia Velha						6892234890	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
Rio Branco						15 - UF	
						16 - CEP	
						6940000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
vítima de acidente de trânsito (motorista) apresentando traumas e deformação na coluna lombar esquerda.							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
Lesão crânio-cérebro							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
R: FRAT. da base parietal e corpo de parietal.							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
FRATURA DE TÍBIA E FIBULA ESQ.							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
LIMPEZA CIRÚRGICA + FIX. EXT.							
25 - CLÍNICA							
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
27 - DOCUMENTO							
28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
Dr. SILVERIO							
30 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
26/7/9							
31 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
Silverio C. Med. Ortopedista CRM 483-46							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - CNPJ DA EMPRESA							
38 - CNES DA EMPRESA							
39 - CBOE							
40 - CBOE							
41 - CBOE							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ORGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
Med. Rui...							
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

CÓPIA
 Conforme o Original
 HU...

153

fls. 25

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

Nº. DO BE: 1544451

DATA: 26/07/2009 HORA: 16:50

USUARIO: TAMBORINI

CNS:

SETOR: 04 - EMERGENCIA CIRURGICA

43899

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO
IDADE : 53 ANOS NASC: 15/06/1956
ENDERECO : RUA SAO RAIMUNDO
COMPLEMENTO : BAIRRO: CADEIA VELHA
MUNICIPIO : RIO BRANCO UF: AC CEP: 69700-000
NOME PAI/MAE : NAO DECLARADO / MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO
RESPONSAVEL : VEIO DE SAO
PROCEDENCIA : DESCONHECIDO
ATENDIMENTO : ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA: SIM
ACTO. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

RAE: [] X [] PULSO: [] [] TEMP.: [] []
EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *Vitima de acidente de trânsito com lesões múltiplas no tórax e abdômen. Trauma de cabeça com fratura de bacia e fêmur direito. Lesões de pele no tronco e membros inferiores. Trauma de tornozelo esquerdo.*

DIAGNOSTICO: *Fratura de fêmur e bacia direita!!*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

KL 1500 (EU)
Tamoxifeno 100mg + 100mg 1.7.9.9. 6/6 (FU)
Oxycodona 20/66 (EU)
Vietrol 40mg 4 (EU) 1/1

DATA: *26/07/2009*
ALTAS: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESTINACIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERACAO DO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBJETO: *Fratura de fêmur e bacia direita*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

CÓPIA
Conforme o Original
HUEB

16:50 Paciente admitido na SET em márcia, com
colar de cervical, imobilização de MIE, com...
tab. Instalado acesso venoso, etc. R. E. 8. 8. 8.

Outros dados

19: 11 pol. trinta e 21 fant. sep. fev. 2018. etc. etc.
gr. ao centro cirurgico para cirurgia

Dr. José L. Silva
Medico - O. 104
483-4

As 18:30 Encaminhado P/C. Cirurgico
P/ Procedimento cirurgico. PA 110x80mmHg.
S 90/98% 90/100bpm. 21. 21. 21.
As 18:45 o paciente desentroudo no
centro cirurgico, acordado, sendo
examinado, plane ser submetido a
procedimento cirurgico. Euf. M. Jose 77206
Instalado CH. A+ uma unidade ND. 68812004
CH A+ uma unidade ND. 112090718026
CH A+ " " ND. 6881200499
Euf. M. Jose 77206

C O P I A
Conforme o Original
HUEB



RELATÓRIO DAS CIRURGIAS

Nº DE REGISTRO

101050 B

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

IDADE	SEXO	PESO	DATA
54	M		18/5/2010

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO
PSEUDO-ARTROSE DE FEMUR À ESQUERDA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO
SEM

CIRURGIA REALIZADA
TRAT. CIRÚRGICO DE PSEUDO-ARTROSE DE FEMUR

FACTOR DE RISCO DE INFECÇÃO LIMPA	ANESTESIA RAQUIANESTESIA
--------------------------------------	-----------------------------

TIPO DE CIRURGIA
ELETIVA

EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO:	FRANCISLEI LIMA DE FREITAS
1º AUXILIAR:	EDISIO
2º AUXILIAR:	J. ROBERTO
ANESTESISTA:	MARCIO
CIRCULANTE:	
INSTRUMENTADOR:	ROSEMILDO

HORA INÍCIO	HORA TÉRMINO	DURAÇÃO
-------------	--------------	---------

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

(Campo, Acesso, Exploração, Tática, Técnica, Fechamento)

- 1- PASSOS HABITUAIS + APOSIÇÃO DE CAMPOS
- 2- ACESSO LATERAL
- 3- DIVULSÃO POR PLANOS
- 4- IDENTIFICAÇÃO E RETIRADA DE PLACA DCP DE 12 FUIROS
- 5- PREPARO DE FOCO FRATURÁRIO APOS EXCISADO PSEUDO-ARTROSE.
- 6- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA DCP LARGA DE 14 FUIROS COM 10 PARAFUSOS CORTICAIS.
- 7- RETIRADA DE ENXERTIA DE ILIACO A ESQUERDA EM BLOCO.
- 8- ENXERTIA NO FOCO FRATURÁRIO MEDIAL E LATERALMENTE.
- 9- REVISÃO DE HEMOSTASIA
- 10- RX - OK
- 11- SUTURA POR PLANOS
- 12- CURATIVO OCLUSIVO

ACIDENTES E INCIDENTES

MEDICAÇÃO

KEFLIN 2g

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Francisley L. Freitas
Médico CRM-51 AC
Ortopedia Traumatologia

CIRURGIÃO CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC

369-Ac.

FICHA DE INTERNACAO

Prontuario No.101050-B Entrada: 17/05/2010 Hora: 16:23 Apto/Leito:CIR-018

Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

Rh:

Reg.Geral: 88942

Orgao Emissor: SSP-AC

Data Expedicao: 03/05/2006

CPF:052.277.632-91

Raca/Cor:03-PARDA

Cartao SUS:

Nasc:15/06/1956 Sexo: M Est.Civil: S Natu: RIO BRANCO

Idade: 54 anos

Nac: Brasileiro

End: RUA SAO RAIMUNDO

Nr:00426

Compl: CADEIA VELHA

CEP: 69901-000

Cidade:RIO BRANCO

Estado: AC

Fone: 3223-0463 Profissao: FUNC PUBLICO

Local Trabalho:

PAI:

MAE: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO

Resp: MARIA ZENAIDE DE CASTRO ANGELO

End: TRAV.ROSA MENEZES-138- PREVENTORIO

Fone Res: 3223-9887

Local de Trab: CONSULTEC

Fone Trab:8422-6125

Motivo da Internacao: Cirurgico

Trouxe RX:S Exame:S

Convenio: 1-SUS

Empr.:

Nr Carteira:1078056098900001

Nr Ref.: 050144

Senha:

Nr da Guia:

Medico(a): 314-JOSE ROBERTO PINHEIRO OLIVEIRA -

Observacao: FICHA ANEXADA

Atendente: 183 - FATIANA

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internacao de FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO neste hospital bem como os tratamentos clinicos e/ou cirurgicos que se fizerem necessarios.

Rio Branco-AC, 17 de Maio de 2010

Maria Zenaide de C. Angelo
MARIA ZENAIDE DE CASTRO ANGELO

18/05/10 - 15:00h - Admitido na clinica cirurgica, procedente do C.C., em maca, orientado, comunicativo, hipocorado, euforico, normotenso, portando acesso venoso central via abocath n° 16 funcional e veno-clise em MSD não funcional. Reprimdo náuseas + tontura + anestesia (sic) próprio cliente. cliente apresenta-se ansioso e levantando a cabeça mesmo após orientações. Verificado SSV P.A = 110x80 mmHg. Ac. Externagem Unimont Keila Carvalho.

Jose Maria M. de Araújo
Enfermeiro
COREN/AC 14684

070m 0702031062 NF 028094 medic
Sintom

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

=====

16:34 Admitido nesta unidade para tratamento cirurgico aos cuidados do Dr. Jose Rolatto, veio em cadeira de roda vindo de casa e hipertenso faz uso de captopril 25 mg 1 cp. x dia, desconhece outras med. comuns e diuretic PA 120x90. anexo exame per. operatorio, 2 vac X de ultrassom

Das 19:00 as 02:00 per. apical normocorada Eupneica sem queixa até o momento deitar bem o deite exercida funções fisiologicas normais aguardando a tor cirurgica p/ 130x90 mmHg

As 8:00 Admitido no S.O. p/ submeter-se a uma c. trat. cirg: Fract. Femur, aos cuidados do Drº Fremeilei + auxiliado p/ Drº Edizio + inf: Rosemildo. veio de cadeira de Roda normocorada, Eupneica. punção decesso venoso em M.S.D. usado 1 - broca nº 20 + material de Rotina
As 8:30s. foi submetido a uma anestesia de Raqui, feita p/ Drº Marcio. —
As 9:05s. Dando inicio a cirurgia. PA 110x77 mmHg, SpO₂ 95%, FC 71 b.p.m. —
foi usado 10 pares de luvas esteril nº 8, 4 de nº 75, p/ cirurgias, durante a cirurgia. pact foi submetido a duas anestesia Raqui, antes da cirurgia p/ Drº Marcio. —
nº 26. no decorrer

Francisco Assis de Oliveira
Téc. Enfermagem
COREN/PA 202.000

O.E : E120000001

ESFERA : PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 06 / 2010

PAG: 1

Num AIH : 121010017751-7

Situação : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 06/2010

Data Autorização: 17 / 05 / 2010

ESPECIALIDADE : 01 - CIRURGIA

Orgão Emissor : E120000001

CRC:

Enfermaria : CIR

Leito : 018

Doc autorizador : 217.067.001-72

Doc med resp : 434.614.332-88

Doc diretor clínico : 025.963.772-68

Doc médico solic : 434.614.332-88

CNES : 2002078 - HOSPITAL SANTA JULIANA

CNS :

Prontuário : 00000000101050

Paciente : FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

Nome da Mãe : MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO

Data Nasc. : 15 / 06 / 1958

Sexo : MASCULINO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : IGNORADO

Doc :

Responsável pac. : MARIA ZENAIDE DE CASTRO ANGELO

Telefone : () -

Muda Proc.? : NÃO

Endereço : RUA SÃO RAIMUNDO 00428 Bairro: CADEIA VELHA

Município : 120040 - RIO BRANCO

UF : AC CEP : 89901-000 Raça/Cor: PARDA

Procedimento solicitado : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento principal : 04.08.05.051-9 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal : S723-FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. secundário : X599

Complementar :

Causa Óbito :

Carater atendimento : 01 - ELETIVO

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 17 / 05 / 2010

Data saída : 20 / 05 / 2010

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 :

AIH Anterior :

AIH Posterior :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : - / -

CNAER : -

Vinculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS						
Linha	Procedimento	CNS/CPF CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor a/	Qtde Cmpt UTI	Descrição
1	0408050519	43461433268 223146(1)	43461433268	1		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	0408050519	30267774287 2231F9(2)	30267774287	1		TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	0408050519	01384472762 223104(5)	2002078	2002078	1	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
4	0702031062		71170344000197 71170344000197	1		PLACA PONTE 4.5 MM

DADOS DE OPM						
Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
4	028094	71.170.344/0001-97	19442367	01	10229340005	58.577.370/0001-76

VALORES DA PREVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.06.05-MEMBROS INFERIORES	725,17		74,34			173,45	972,96
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA	376,00						376,00
Total Geral:	1.101,17		74,34			173,45	1.348,96

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Eduardo José Soares Haddad
Diretor Clínico
CPF: 025.963.772-68

S U S

LAUDO PARA SOLICITACAO DE INTERNACAO/AUTORIZACAO HOSPITALAR

IDENTIFICACAO DO ESTABELECIMENTO

1-Estabelecimento Solicitante	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	2-CNES:2002078
3-Estabelecimento Executante	OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	4-CNES:2002078

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nome do Paciente	FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO	No Prontuario	101040-B
Cartao Nacional SUS	1078056098300001	Data Nasc	15/06/1956
		Sexo	X M F
Nome da Mae ou Responsavel	MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO	Telefone Contato	3223-0463
Endereco (Rua, Nr, Bairro)	SAO RAIMUNDO 00426 - CADEIA VELHA		
Municipio de Residencia	RIO BRANCO	Cod IBGE Municipio	UF AC CEP 69901-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

17-Principais Sinais e Sintomas Clinicos:

DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

DOR E DEFORMIDADE NO MMII - ESQUERDA

18-Condiçoes que Justificam a Internacao:

PROCEDIMENTO CIRURGICO

19-Principais Resultados de Provas Diagnosticas (Resultados dos exames realizados):

EXAME FISICO + RX:

20-Diagnostico Inicial	CID 10 Principal	CID 10 Secundario	CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE FEMUR	S723		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Descricao do Procedimento Solicitado	Codigo do Procedimento
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR	0408050519

Clinica CIR-018	Carater Internacao	05	Documento ()	CNS (X) CPF	Ne Documento Profissional	434.614.332-68
					CBO : 223145	

Nome do Profissional Solicitante	Data da Solicitacao	Assinatura e Carimbo (Nr do Registro do Conselho)
FRANCISLEI LIMA DE FREITAS	17/05/2018	 Francislei Lima de Freitas Médico ORTOPEDISTA Ortopedia Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

33 - () Acidente de Transito	36-CNPJ da Seguradora	37-No do Bilhete	38-Serie
34 - () Acidente Trabalho Tipico			
35 - () Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Empresa	40-CNAE Empresa	41-CBOR

42-VINCULO COM A PREVIDENCIA	
() Empregado () Empregador () Desempregado () Autonomo () Aposentado () Nao Segurado	

AUTORIZACAO

43-Nome do Profissional Autorizador	44-Cod. Orgao Emissor	49-No da Autorizacao de internacao Hospitalar
45-Documento	No Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
47-Data da Autorizacao	Assinatura e Carimbo (No Registro do Conselho)	

Data da Alta: 20/05/2018 Causa: 12 ALTA MELHORADO

Sistema Ministério
SUS Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)

Folha
1/2

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL SANTA JULIANA		2 0 0 2 0 7 8	
3 - NOME DO ESTACIONAMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL SANTA JULIANA		2 0 0 2 0 7 8	
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO		101050-B	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		15/06/1956	
9 - SEXO		11 - TELEFONE DE CONTATO	
MASC. ☐ 1 FEM. ☒ 3		Nº DO TELEFONE	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO		RUA SÃO RAIMUNDO N 426 - CADEIA VELHA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
RIO BRANCO ACRE		15 - UF	
		A C 6 9 0 0 0 9 7 0	
16 - CEP		17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA	21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
USO DO MATERIAL	31 - QTOE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - QTOE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTOE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
PACIENTE NECESSITANDO UTILIZAR MATERIAL PARA FIXAR FRATURA.	

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
DR. FRANCISLEI LIMA FREITAS	17/05/2010
41 - DOCUMENTO	42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DE CONSELHO)
() CNS (X) CPF	Francislei L. Freitas Médico CRM 751 AC

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/12/2018 às 12:14, sob o número 0743897232018010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0713897-23.2018.8.01.0001 e código 1FD71D3.

Sistema Ministério SUS Único de da Saúde Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)		Folha 1/2			
1 - NOME DO ESTABLECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SANTA JULIANA		2 - CNPS 2 0 0 2 0 7 8		3 - NOME DO ESTACIONAMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SANTA JULIANA		4 - CNES 2 0 0 2 0 7 8	
5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 101050-B		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 15/06/1956	
9 - SEXO MASC: 1 FEM: X 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA SÃO RAIMUNDO N 426 - CADEIA VELHA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA RIO BRANCO ACRE		14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF A C		16 - CEP 6 9 0 0 0 9 7 0	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA				21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
X SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL (AIS)							
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE							
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I		☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II		☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
31 - QTD				32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
33 - QTD				34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
35 - QTD				36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - QTD				38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
PACIENTE NECESSITANDO UTILIZAR MATERIAL PARA FIXAR FRATURA.							
PROFISSIONAL SOLICITANTE							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE DR. FRANCISLEI LIMA FREITAS				40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/05/2010			
41 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF				42 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO Francisley L. Freitas Médico CRM-751 AC			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado de Acre, protocolado em 06/12/2018 às 12:14, sob o número 07438972320188010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0713897-23.2018.8.01.0001 e código IFD71D3.

HOSPITAL SANTA JULIANA

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 101050 - 3	Entrada: 11/04/2011	Hora: 1710	Apto/Leito: CIR-042
Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO			
Reg. Geral: 88942	Orgão Emissor: SSP	AC	Data Expedição:
CPF: 05227763291	Raca/Cor: Parda	Cartão SUS: 107805609890000	Sexo: M
Dt. Nasc.: 15/06/1956	Est. Civil: SOLTEIRO(A)	Natur.: RIO BRANCO	AC Idade: 54 Anos
Nacionalidade.: BRASIL	End.: RUA SAO RAIMUNDO	Nro: 00426	
Compl.: CADEIA VELHA	CEP: 69900000	Cidade: RIO BRANCO	Estado: AC
Fone: 68 - 3223-0463	Cel.: 9948/1675	Profissão: FUNC PUBLICO	
Local de Trabalho:	MAE: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO		
PAI:			
Resp.: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO	End.: RUA SAO RAIMUNDO		
Nro.: 00426	Cidade: RIO BRANCO	UF: AC	
Fone Res.: 68 - 3223-0463	Fone Com.: -		
Motivo da Internação: Internação Cirúrgica	Trouxe RX: S	Exame: S	
Convênio: SUS	Plano: ENFERMARIA		
Nro Carteira:	Validade:	Senha:	
Nro Guia:	Sispre:		
Médico (a): JOSE ROBERTO PINHEIRO OLIVEIRA			
Observação: FICHA DE REF. COM O MEDICO			
Atendente: Melris Braga			

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 11 de abril de 2011

Francisco das Chagas de Castro
FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

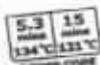
AS 18:00 Pac. Admitido nesta unidade, admitido com auxílio de
muletas, consciente, orientado, comunicativo, apneia, normo-
glicemia, normotensão, normotermia. Pac. refere não ter alergia medi-
camentosa, hipertensão, porém parou medicação p/ hipertensão após
acidente, sem alergia. P.A. 160/100 mmHg, Exp. Vte corar 351 A/m

Às 15h. Cliente admitido no ec. de marca eupnel
e, mamoeirado, p/ submeter-se a um pro
cedimento cirúrgico, dos cuidados do Dr.
José Roberto Auxiliado P/D^o: Franeirlex +
Insh: Rosemilda, pneumonado acesso vt
noso em U.S.E. usado s abacalh no
38 + material de rotina. Às 15.30h foi
submetido a uma anestesia de raque
feita p/ Dr^o Vamessa. instalado eletro
dos e monitor de multiparametros,
com PA 354x73 mm.Hg. SpO₂ 94% FC. 67 b.p.m.

AS 12:15 h. iniciando a cirurgia. PA 89x52
mm.Hg. SpO2 97%. FC 53 b.p.m. AS 13. A1 pas-
sado o plano pedaleira, com cirurgia em
curso. Rec. Elizabeth — AS: 13:05h Recebi sala com
cliente em procedimento cirurgico; p.A = 100x70mmHg,
SpO2 97%. FC = 81bpm; AS: 14:22 término do procedimento
cirurgico; AS: 14:30 cliente sac de S.O de mace-
rela, efeito anestésico e com o procedimento

Replicated $\rightarrow$ diff

10 Emulating
TST



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - Estabelecimento Solicitante: OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	2-CNES: 2002078
3 - Estabelecimento Solicitante: OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	4-CNES: 2002078

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO			Nro do prontuário: 101050-3		
Cartão Nacional SUS: 107805609890000		Data Nasc.: 15/06/1966		Sexo: ☒ MASC ☐ FEM	
Nome da Mãe ou Responsável: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO			Telefone Contato: 68-3223-0463		
Endereço (Rua, Nro, Bairro): RUA SAO RAIMUNDO, 00426 - CADEIA VELHA					
Município de residência: RIO BRANCO		Cod IBGE Município:		UF: AC	
				CEP: 69900000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17-Principais Sinais e Sintomas clínicos: pseudo artrose da tibia esquerda			
18-Condições que justificam a internação: quadro clínico			
19-Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados dos exames realizados): as cima			
20-Diagnóstico inicial	21-CID 10 Principal S822	22-CID 10 Secundário	23-CID 10 Causas associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Descrição do procedimento solicitado TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			25-Código do procedimento 0408050500
26-Clinica CIR-042	27-Caráter da internação 01	28-Documento () CNS (X) CPF	29-Nro Doc. do Profissional 53723660797
30-Nome do profissional solicitante JOSE ROBERTO PINHEIRO OLIVEIRA		31-Data da solicitação 11/04/2011	32-Assinatura e Carimbo (Nro do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33-() Acidente de trânsito 34-() Acidente Trabalho Típico 35-() Acidente Trabalho Trajeto	36-CNPJ DA Seguradora 39-CNPJ Empresa	37-Nro do Bilhete 40-CNAE da Empresa	38-Série 41-CBOR
42 - Vínculo com a previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador	44 - Cód. órgão Emissor	49 - Nro da autorização da internação hospitalar
45 - Documento () CNS () CPF	46 - Nro do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador	
47 - Data da autorização ____/____/____	48 - Assinatura e carimbo (Nro do registro do conselho)	

Data da Alta: 14/04/2011 Causa: 12 - Alta melhorado

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/12/2018 às 12:14 , sob o número 07138972320188010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0713897-23.2018.8.01.0001 e código 1FD71D5.

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - Estabelecimento Solicitante: OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	2-CNES: 2002078
3 - Estabelecimento Solicitante: OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO	4-CNES: 2002078

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO			Nro do prontuário: 101050-3		
Cartão Nacional SUS: 107805609890000		Data Nasc.: 15/06/1956		Sexo: ☒ MASC ☐ FEM	
Nome da Mãe ou Responsável: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO			Telefone Contato: 68-3223-0463		
Endereço (Rua, Nro. Bairro): RUA SAO RAIMUNDO, 00426 - CADEIA VELHA					
Município de residência: RIO BRANCO		Cod IBGE Município:		UF: AC	
				CEP: 69900000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17-Principais Sinais e Sintomas clínicos: pseudo artrose da tibia esquerda			
18-Condições que justificam a internação: quadro clínico			
19-Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados dos exames realizados): as cima			
20-Diagnóstico inicial	21-CID 10 Principal S822	22-CID 10 Secundário	23-CID 10 Causas associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Descrição do procedimento solicitado TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA			25-Código do procedimento 0408050500
26-Clinica CIR-042	27-Caráter da internação 01	28-Documento () CNS (X)CPF	29-Nro Doc. do Profissional 53723660797
30-Nome do profissional solicitante JOSE ROBERTO PINHEIRO OLIVEIRA		31-Data da solicitação 11/04/2011	32-Assinatura e Carimbo (Nro do registro do conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- ☐ Acidente de trânsito	36-CNPJ DA Seguradora	37-Nro do Bilhete	38-Série
34- ☐ Acidente Trabalho Típico	39-CNPJ Empresa	40-CNAE da Empresa	41-CBOR
35- ☐ Acidente Trabalho Trajeto			
42 - Vinculo com a previdência ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não segurado			

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador	44 - Cód. órgão Emissor	49 - Nro da autorização da internação hospitalar
45 - Documento ☐ CNS ☐ CPF	46 - Nro do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador	
47 - Data da autorização ____/____/____	48 - Assinatura e carimbo (Nro do registro do conselho)	

Data da Alta: 14/04/2011 Causa: 12 - Alta melhorado

HOSPITAL SANTA JULIANA

RELATORIO DAS CIRURGIAS			NRO DE REGISTRO 101050 -3
NOME FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO			
IDADE 55	SEXO MASCULINO	PESO	DATA 12/04/2011
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO PSEUDO- ARTROSE DE DIÁFISE DE TÍBIA ESQUERDA			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO			
CIRURGIA REALIZADA TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL			
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO POTENCIALMENTE CONTAMINADA		ANESTESIA	
TIPO DE CIRURGIA GRANDE			
EQUIPE CIRÚRGICA CIRURGIÃO: JOSE ROBERTO PINHEIRO OLIVEIRA - 53723660797 AUXILIAR: FRANCISLEI LIMA DE FREITAS ANESTESISTA: ARLESSON ANDRIAD CANEPIA INSTRUMENTADOR: ROSEMILDO DE SOUZA GAMA HORA INÍCIO: 12:30:00 HORA TÉRMINO: 15:00:00 DURAÇÃO: 02:30:00			

(Campo, Acesso, Exploração, Tática, Técnica, Fechamento)

ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS, INCISÃO LATERAL DE PERNA ESQUERDA, RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE DE CIRURGIA PRÉVIA (PLACA EM PONTE DCP DE GRANDES FRAGMENTOS) OSTEOTOMIA DE FÍBULA, REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA DE TÍBIA, FRESAGEM DO CANAL MEDULAR ATÉ FRESA Nº 9mm ACRISO ANTERIOR DO JOELHO ESQUERDO, PASSADO FIO GUIA INTRA MEDULAR DE TÍBIA DE PROXIMAL PARA DISTAL, PASSADO HASTE INTRA MEDULAR ANTERÓGRADA SOB CONTROLE RADIOSCÓPICO, BLOQUEIOS PROXIMAIS DA HASTE COM PARAFUSOS CORTICAIS DE 40 E 30mm. BLOQUEIOS DISTAIS COM PARAFUSOS CORTICAIS DE Nº 45 E 40mm, LIMPEZA EXAUSTIVA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM S.F. 0.9% ABUNDANTE, REVISÃO DA HEMOSTASIA, SUTURAS POR PLANOS E CURATIVOS ESTÉREIS

ACIDENTES E INCIDENTES

NÃO HOUVE

MEDICAÇÃO

OXACILINA 02g EV

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO

NÃO

CIRURGIÃO CRM - AC

AUXILIAR CRM - AC

TERMO DE RESPONSABILIDADE

X Francisco das Chagas de Castro Abaixo
assinado, declara que se responsabiliza pela internação do paciente O mesmo
dando plena autorização aos
médicos deste Hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para
outro Hospital no caso de emergência intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações
e julgarem necessárias para a complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após alta médica, tão logo
seja comunicada.

Rio Branco - AC, 06 de abril de 2012

Francisco das Chagas de Castro
Assinatura do Responsável

Nº do RG 88.942

TERMO DE ALTA A PEDIDO

A meu pedido, retiro o paciente _____
internado na seção/quarto/leito _____
deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos
e este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco - AC, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

TERMO DE ALTA DISCIPLINAR

Ciente de haver transgredido as disposições do Regulamento Interno deste
Hospital, tomo conhecimento de minha **ALTA DISCIPLINAR**.

Rio Branco - AC, _____ de _____ de _____

Responsável: _____

Nº do R.G.: _____

Testemunhas: 1- _____

2- _____

CONFERE COM ORIGINAL

11 JUN. 2012

Assinatura



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITAIS - SIH

CNS 107 805-601 870-0001

fls. 42

Nome: Francisco das Chagas de Castro - Idade 55 anos

Número do Prontuário: 233 678 Data: 6 5 12 Hora: 09:45'

Seção: A Quarto: Leito: 48

Data do Nascimento: 15-06-1956 Naturalidade: Rio Branco/AC

Nacionalidade: Brasileira Sexo: masculino Cor: pardo

Estado Civil: Casado PIS/PASEP/RG/CPF/CERT./NASC. 88 942 SP/AC

Profissão: Func. Público Religião: Católica

Endereço Residencial: Rua War Raimundo, 426 clínica

Bairro: Adriana Cidade: Rio Branco Estado: AC Tel: 9224-3441
10/ha 3223-0463

Endereço do Trabalho:

Bairro: Cidade: Estado: Tel:

Filiação: Maria José Osório de Castro

CONFERE COM ORIGINAL

Nome do Cônjuge: Maria Valério D. Lima

11 JUN. 2012

Grau de Escolaridade: Alfabetizado

Médico Responsável: DR. Francisco / DR. José Roberto

Nome do Responsável: O mesmo

Nº do RG. do Responsável:

Endereço do Responsável:

Cidade: Estado: Grau de Parentesco:

Nome do Funcionário Responsável: TE Claudia 01204-610

OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

fls. 43

Queixa Principal: DIARRÉIA

História da Doença Atual: História de travessia em 2009 com
Plasmose + Lesão Complexa da Perna Esquerda

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Jejum em PLEXO: TÍGRO; PE CLAUDICANTE DE
ESQUERDA

Diagnóstico Provisório: Permanência Perna + Osteomielite
+ Encapsulamento por perda óssea da
Tibia e Perna

Diagnóstico Definitivo:

Data da Alta: 1 / 1 / 1

Característica da Alta

--	--

Francieli Freitas
Médico(a) 75140
Osteomielite

- () Curado () Inalterado () Melhorado () Alta Internado para Diagnóstico
() Alta Administrativa () Evasão () A Pedido () Por Indisciplina
() Por Óbito () Acomp. Ambulatorial () Permanência

Transferido

- () Tisiologia
() Clínica Médica
() Clínica Cirúrgica
() Clínica Obstétrica
() Isolamento
() T.F.D.

CONFERE COM ORIGINAL

11 JUN. 2012

[Assinatura]

Carimbo e Ass. do Médico

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

Clinica _____
 Enfermaria _____
 Leito _____

MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Data Nasc. ____/____/____ Sexo M ☐ F ☐
 Nome Francisco de Cássio de Góes

☐ CIRURGIA ELETIVA
☒ **URGÊNCIA**

Realizada em 01.05.2012 Hora do início: _____ Término: _____ Duração: _____

Cirurgia de ☐ Pequeno porte ☐ Médio porte ☐ Grande porte

EQUIPE CIRÚRGICA

Cirurgião Responsável (a) Francisco CRM 1C ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Equipe cirúrgica Francisco / E. CONTATO

Anestesista(s) Dr.(a) _____

Instrumentador(a) _____ Sala de cirurgia _____

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Diagnóstico pré-operatório DITROMELITE + PSEUDOMONIA + 100% DO TCCO
+ PS SAUVA

Relatório histopatológico _____

Achados per-operatórios _____

CONFERE COM ORIG.

11 JUN. 2012

Cirurgia realizada Amputação Transfemorária Almeida

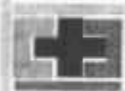
☐ Cirurgia curativa ☐ Doença residual microscópica ☐ Doença residual macroscópica ☐ Patologia benigna

Intercorrência ☒ **NÃO HOUVE** Descrição das intercorrências _____

Contaminação ☐ Cirurgia limpa ☐ Potencialmente contaminada ☐ Contaminada ☐ Cirurgia limpa ☐ Suja

ITENS	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA (via de acesso - achados - cirurgia realizada - material utilizado)
01	<u>Passo 1: HODIGONI + APOICIA DO CAMPO</u>
02	<u>acono em os dos "gacais"</u>
03	<u>Amputação femur distal</u>
04	<u>Procedimento de Hemostasia</u>
05	<u>sutura</u>
06	<u>curativo ocular</u>

Francisco L. Freitas
 Médico CRM 34.741-4
 Olímpico Transfusão



**SISTEMA
FUNDHACRE**

FICHA DE ANESTESIA

Unidade do Sistema			
Data 07/05/12	Enf.	Leito.	
Idade.	Cor. BR.	Altura 1,55	Peso. 56
Grupo Sang.	PA.	Pulso.	

MATRÍCULA

233678

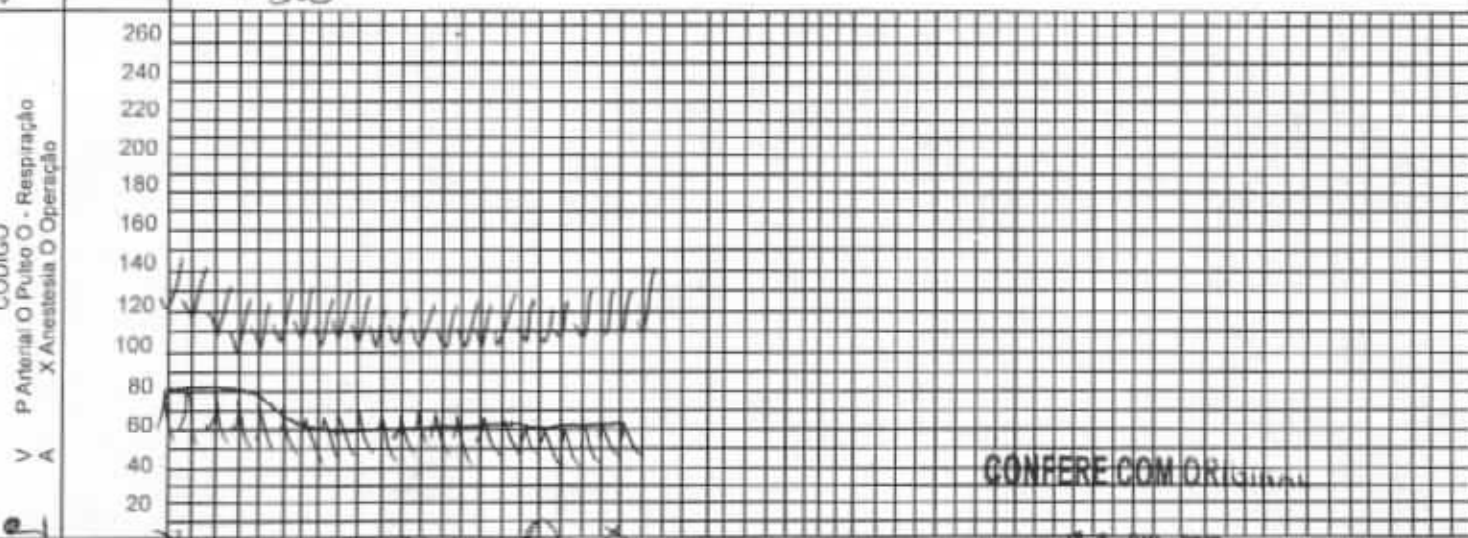
Data Nasc. 35/06/56 Sexo M ☒ F ☐

Nome FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

Temp.	Resp.	Hemácias	Leucoc.	HT	Hemog.
Glicemia	Uréia	Creat.	Bil. Dir.	Ind.	Tgo
Ap. Resp. MV (+)	Asma	Bronquite	Complacência	M. Ves	
Ap. Circ. Ecg	SINUSAL				
Ap. Digestivo Dentes		Pescoco	Peça Dent.		
Estado Mental	LOTE	Drogas Em Uso	HAZ (antepil)		
Aparelho Urinário					
Diagnóstico Pré Op	OSTEOMIELITE + PSEUDOPAROTIDOMEGALIA FEMUR				
Anestesia Anteriores	SIL	Asa II		Risco	
Medic. Pré-Anest.		Hora		Efeito	

Hora	12:15H	13:15H	14:15H
GASES	O ₂		
	N ₂ O		

LÍQUIDOS	
----------	--



SÍMBOLOS

- DOGAS ADMINISTRADAS**
- 1º dipirona 2g + cefazolin 2g
 - 2º
 - 3º
 - 4º Midazolam 5mg
 - 5º Propofol 100mg + Bupivacaina 0,5% 20mg +
 - 6º Morfina 5mg + clonidina 30µg
 - 7º
 - 8º
 - 9º
 - 10º
 - 11º
 - 12º
 - 13º
 - 14º
 - 15º

TÉCNICA: RAQUI + SEDACÃO

CIRURGIA:

CIRURGIÕES:

MONITORAÇÃO: CCG, PNI, OXIMETRIA.

OBS: RAQUI = 0,5% Bupivacaina + Compal + punção L3-L4, mediana.

QUINCKE 27G, 1º Tentativa, LER@

ELC RPA ALDRETE 4 BPOUMGE 3

Carimbo
Gilson Doria
Anestesiologista
CRM 33489-1
R. 1538

CONFERE COM ORIGINAL

17 JUN. 2012

[Assinatura]

ANESTESIOLOGISTA



FUNDAÇÃO HOSPITAL
ESTADUAL DO ACRE

NOTA DE SALA

CENTRO CIRÚRGICO ☒
CENTRO OBSTÉTRICO ☐
AMBULATÓRIO ☐

Nº REG. 233 6 8

DATA: 07-05-18

NOME DO PACIENTE:

Francisco das Chagas de Castro 48

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Amputação Transilial

SALA: 6

CÓD. DO PROCEDIMENTO

TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.	TIPO	MEDICAMENTO / MAT. CIRÚRGICO	FORN.	CONS.	COD.	UNIT.
amp.	Água Bi-Destilada					un.	Aguilha Hipodérmica nº		1		
amp.	Atropina 0,5 mg					un.	Aguilha Hipodérmica nº		1		
amp.	Bupivacaína (marcaína) <i>robina</i>		1			un.	Algodão Ortopédico				
fr.	Bupivacaína (marcaína)				2	un.	Atadura de Crepe <i>Isam</i>		1		
amp.	Diazepam (Valium - Dienpax)					un.	Atadura Gessada				
	Enfurano (Etrane)					un.	Compressa 10 x 10 <i>6aze</i>		200		
ml.	Fentanil					un.	Compressa 45 x 50		8		
ml.	Halotano <i>Dormonia</i>		1			un.	Dreno nº				
ml.	Inoval					un.	Lâmina de Bisturi nº <i>23</i>		1		
fr.	Lidocaína (Xylocaína)		1			un.	Linho nº				
tb.	Lidocaína Gel (Xylocaína) CONFERE COM ORIGINAL					par.	Luvas de Borracha nº <i>7,5 80</i>				
fr.	Tiopental (Thionembutal) <i>17 JUN 2012</i>					un.	Plastequipo				
fr.	Suxametônio (Quelicin) <i>Amiga</i>					un.	Seringa 5ml				
amp.	Metoclopramida (Plasil)					un.	Seringa 10ml				
amp.	Neostigmine (Prostigmine)					un.	Seringa 20ml				
amp.	Pancurônio (Pavulon)					un.	Sonda nº				
fr.	Soro Fisiológico <i>500ml</i>		1			un.	Sonda Foley nº				
--	Soro Glicosado					un.	Cord - Clamp				
fr.	Soro Lactato Ringer <i>500ml</i>		1			un.	Dispositivo Intravenoso				
fr.	Ketalar						<i>usado x Alcoolica</i>		200		
amp.	Ocitocina-5u (Syntocinon)						<i>usado x de gemas</i>		200		
amp.	Metilergometrina (Metrergin)						<i>Aguilha Rague</i>		1		
un.	Categute Cromado nº						<i>Eletrodos</i>		1		
un.	Categute Simples nº						<i>clonidina</i>		1		
un.	Fio Mononylon nº <i>3-0</i>		1				<i> morfina</i>		1		
un.	Fio Algodão nº <i>0-</i>		1								
un.	Fio Poliéster (Mercilene) nº										
un.	Fio Poliglicólico (Vicril) nº <i>1-0</i>		1								

CRURGIÃO:

CRURGIÃO:

CRURGIÃO:

CRURGIÃO:

CRURGIÃO:

CRURGIÃO:

CRM/AC

CRM/AC

CRM/AC

CRM/AC

CRM/AC

CRM/AC

CIRCULANTE:

FARMÁCIA:

PROTÓXIDO AZOTO:

OXIGÊNIO:

ENTIDADE:

ENTIDADE:

ANESTESIA

HORA INÍCIO:

HORA FIM:

TIPO ANESTÉSIA:

TIPO ANESTÉSIA:

TIPO ANESTÉSIA:

TEMPO DE USO DA SALA

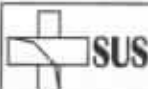
HORA ABERTURA:

HORA TÉRMINO:

TOTAL:

TOTAL:

TOTAL:



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO

FUNDACRE

2- CNES

2001586

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4- CNES

1111111

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

6- Nº DO PRONTUÁRIO

233.677

7- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8- DATA DE NASCIMENTO

15/09/56

9- SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10- NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria José Osório de Castro

12- ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)

Rua São Raimundo, 426.

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14- COD. IBGE MUNICÍPIO

120040

15- UF

AC

16- CEP

49190000

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PERMANÊNCIA + OUTROMEDICAÇÃO + ENCONTRO
DO PORTADOR INFECTO A ESCOLA, POR
PERSONAL ONTO DE TONIA + MAR; PO- OBRIGADO
DO OUTO A ESCOLA.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

CONFERE COM ORIGINAL

11 JUN. 2012

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

Exame físico + Rx

20- DIAGNÓSTICO INICIAL

OUTROMEDICAÇÃO ESQUERDA
PERNA

C765

22- CID 10 SECUNDÁRIO

23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

AMPUTAÇÃO INFRA PATELA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04101810151019112

26- CLÍNICA

27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28- DOCUMENTO

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

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

06/05/12

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

Francisco L. Freitas
MÉDICO CRM 51140
Clínica Fradimburgo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

38- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

36- SÉRIE

39- CNPJ EMPRESA

40- CNAS DA EMPRESA

41- CBO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44- COD. ÓRGÃO EMISSOR

45- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46- DOCUMENTO

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

(X) CNS () CPF

11015116151019112

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO

06/05/12

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

MEDICO AUDITOR FUNDACRE

Jose Francisco Freitas

CPF: 121.284.066-68

ERM-1127AC



**SISTEMA
FUNDHACRE**

**FOLHA 01 DE
PERIOPERATÓRIO**

☐ CIRURGIA ELETIVA

Clinica _____

☒ URGÊNCIA

Enfermaria A

Leito 48

MATRÍCULA

Data Nasc. _____

Sexo ☒ M ☐ F

Nome Fco dos Chagas de Lenc

Data 06/05/12

Hora 10:00

Idade 55

Cirurgia de

☐ Pequeno porte

☐ Médio porte

☐ Grande porte

Procedimento cirúrgico proposto Amplicação transtibial

Aspectos relevantes do exame físico: Admitido, procedente de sup. residência ocupando o fiespexa garço Rubenete - a a
trpt. Círculo de amplexos de M. Francisco
No momento atual, eufórico, deambulando de
muleta. E hipertensão: uso captopril, hidrala
tiázida, nifedipina, alergia medicamentosa
Funções fisiológicas presentes. Anest. geral
de MIE, tomox, risco cirúrgico, ECG, HC,
TAP, bioquímico Inf. Dica

Sinais vitais: PA: _____

FC: _____

TAX: _____

Orientações

DATA 06/05/12

COREN

40530

Carimbo

Inf. Dica

ASSINATURA

ENCAMINHAMENTO AO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMARIA: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ GERIATRIA ☐ UTI DATA _____ Hora _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado

JEJUM: ☐ Sim ☐ Não TRICOTOMIA: ☐ Sim ☐ Não

PROTESE: ☐ Sim ☐ Não USO DE 'PRÉ-ANESTESICO': ☐ Sim ☐ Não

PRONTUÁRIO COMPLETO: ☐ Sim ☐ Não

SINAIS VITAIS: PA _____ mm/Hg T _____ °C P _____ b.p.m R _____ irpm

OBS: _____

DATA _____

CONFERE COM ORIGINAL

11 JUN. 2012

Assinatura

Carimbo

ASSINATURA

RECEPÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

HORA DA ENTRADA NO C.C. _____ HORA DA ENTRADA NA S.O. _____ SALA _____
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☐ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
 INTEGRIDADE CUTÂNEA: ☐ Sim ☐ Não
 ALERGIA: ☐ Sim ☐ Não

OBS: _____

DATA ____/____/____ COREN [][][][][][]

Carimbo

 ASSINATURA

12:10 TRANSOPERATÓRIO

ESQUEMA: ☐ Não ☐ Sim Local: _____ Início: _____ h Término: _____ h
 início: _____ h Término: _____ h
 CARACTERISMO VESICAL: ☒ Não ☐ Sim Sonda N° _____ ☐ 2 VIA ☐ 2 VIA ENF _____
 HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H. _____ PFC _____
 LABORATÓRIO: ☐ Histopatológico ☐ Cultura ☐ Citologia
 HORA DO TÉRMINO DA CIRURGIA _____ h HORA DA SAÍDA DA S.O. _____ h

OBS: _____

ENCAMINHADO PARA SRPA CIRCULANTE: Patricia
 NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

RECEBIDO NA RPA ÀS: 14:05 h
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☐ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso
 HIDRATAÇÃO VENOSA: SR L 500ml MSD Condições: funcionando
 CURATIVO CIRÚRGICO: Local MIE Condições: _____
 DRENAGENS: Tipo: _____ Tipo: _____
 HEMOTRANSFUSÃO: ☒ Não ☐ Sim N° de Bolsas: _____ C.H. _____ PFC _____
 ELIMINAÇÕES: ☒ Não ☐ Sim
 EXTREMIDADES: Aquecidas: ☒ Frias: ☐ Cianóticas: ☐ Perfundidas: ☐
 SINAIS VITAIS: PA 96 mmHg T _____ °C P 69 b.p.m. SpO2 97 %

OBS: Submetido a uma amputação transtibial sob anestesia Raquel

HORA DA ALTA: 15:45 Acordado: ☐ Sonolento: ☐

ENCAMINHADO PARA: Encaminhado p/ Depoimento "A" 2:48

DATA 07/05/13 COREN 00689

Carimbo
Prof. Raquel
 ASSINATURA

CONFERE COM ORIGINAL

11 JUN. 2012

Assinatura

LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA

Os médicos peritos abaixo assinados, membros da Junta Médica Especial designada pela diretoria Geral do Departamento Estadual de Trânsito - **DETRAN/AC**, por força da portaria nº. **615/2013**, datada de 23-04-2013, reuniram-se em 02-05-2013, a fim de realizar exame pericial no senhor **FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO**, inscrito no CPF sob nº. **052.277.632-91**.

Consoante a legislação atual, em especial o código de Trânsito Brasileiro – **CTB** e resoluções do **CONTRAN**, após a realização do ato pericial sob os mais rigorosos critérios técnicos e médicos, os membros desta junta concluíram que o periciando supracitado é portador: **Amputação traumática da perna esquerda ao nível do joelho (CID: S 88. 0)**, e que o mesmo enquadra-se no art.1º, IV, da lei nº. 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção de impostos sobre produtos industrializados - IPI, na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física e aos destinados ao transporte escolar, e dá outras providências, assim como no disposto no convenio ICMS nº. 77, de 24 de setembro de 2004, que isenta do ICMS as saídas de veículos destinados a pessoa portadoras de deficiência física.

Esta junta conclui, por fim que o periciando supracitado está **apto**, para conduzir veículos automotores enquadrados na categoria "**B**", com a seguinte restrição: **Obrigatório o uso de veículo com transmissão automática (Cod. D.)**

Rio Branco Acre, 02 de Maio de 2013.


Carlos Peredo Calderon
CRM 082/AC
Dr. Carlos Peredo Calderon
Médico Perito de Trânsito
CRM 082


CLINSTRAN
Dr. Jane M. F. Costa
Médica Especialista em Medicina do Trânsito
CRM 360/AC

Jane Mary Ferraz da Costa
CRM 360/AC


Edmo Orlando F. Coelho
CRM 087/AC



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

2780
2790

fls. 52

REQUERIMENTO

Eu, Francisco das Chagas de Castro

Portador de RG nº 88942 e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de Rio Branco

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. Data 27/06/16 e 13/06/16

Urgente!!!

Prontuário: 101050 Médico: _____

Entrada: ____/____/____ Saída: ____/____/____

Convênio: SUS Telefone: (____) 99946-8957

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) _____

Nome do Paciente: Francisco das Chagas de Castro

Parentesco com Paciente: O mesmo

Francisco das Chagas de Castro
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 10/08/16 Hora: 10h30

**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.br2280
fls. 53**FICHA DE INTERNACAO**

Prontuário: 101050 - 5

Entrada: 13/06/2016

Hora: 1647

Apto/Leito: 110 D

Paciente:

FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

Reg. Geral: 88942

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição:

CPF: 05227763291

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 107805809890000

Sexo: M

Dt. Nasc.: 15/06/1956

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 60 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: RUA SAO RAIMUNDO

Nro: 00426

Bairro.: CADEIA VELHA

CEP: 69900970

Cidade: RIO BRANCO

Estado: AC

Fone: 68 3223-0463

Cel.: 9948/1675

Fone Contato: 068 3223-9887

Local de Trabalho:

Profissão: FUNC PUBLICO

PAI: MAE: MARIA JOSE OSORIO DE CASTRO

Resp.: FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

End.: RUA SAO RAIMUNDO

Nro.: 00426

Cidade: RIO BRANCO

UF: AC

Fone Res.: 68 - 3223-0463

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): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Observação: AIH SOB REGULACAO

Atendente: Crys Lima da Silva

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de junho de 2016

Francisco das Chagas de Castro
FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

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, 13 de junho de 2016

Francisco das Chagas de Castro
FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/12/2018 às 12:14, sob o número 07138972320188010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0713897-23.2018.8.01.0001 e código 1FD71DB.

Elizete dos Santos Solon
Téc. de Enfermagem
COREN-AC: 940.521

Vanessa Oziet
Enfermeira
Coronela

CONTROLE DE MONTAGEM

MAT. CONSIGNADOS

Data 14/06/16

Nome da caixa Femur I

resp. pela montagem kleide

Nome da Empresa Total Implant

Data esterilização 14/06/16 Validade 29/06/16

Autoclave 03 Nº Ciclo 03 Lote 03

Caixa de Cirurgia Femur I

Responsável Angélica nº coren 635.907

Observações Total Implant

NE® PASS
 U.S. Pat. D347585
 sterilization Integrator
 306/16 Validade 13/07/16
 Nº Ciclo 04 Lote 04
 E® PASS
 L U.S. Pat. D347585
 sterilization Integrator
 n°coren 670525



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

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

PSICOMOTRIZADO NO SONO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

Ex. Fígado e Td

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PSICOMOTRIZADO NO SONO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA RÔTULA

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BICHO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



HOSPITAL SANTA JULIANA

fls. 56

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário 101050-5	Convênio Sua	Data 14/06/18	Apt/Leito 110 id	Sala 05
Paciente Francisco dos Santos de Castro			Circulante Blaze	
Cirurgia T.C. Trat. Femur	Cirurg. Francisco	Aux. Contreras	Instrum. Rosemilda	
Anestesiata A. Johnson	Tipo Anestesia Raquel	Hora Entrada S. O. 6:13:35	A: 13:43	Hora Saída S. O. 5:14:00 T: 14:45

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 40x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº 27	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%	100 ml	BIST. MONOPOLAR	5mm
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	5mm
CERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	5mm
COMPRESSA pct	1	DOLANTINA		OXIMETRO	5mm
COTTONOIDE		DORMONID		R P A	
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	5mm
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS nº	14	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL			
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 3	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº 1	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE pct	1	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
MINIA BISTURI nº 24	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LIHO nº		NAUSEDON	1		
LUA ESTÉRIL nº 7,5	7	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LUA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELOULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML		ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML	1		
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
Tubo 60 cm	1	TILATIL			
Luva 8.0	1	XILOCAINA 2% CV			
clor. m. codico	13ml	XILOCAINA 2% SV			
clor. digerm.	80ml	XILOCAINA GEL			
atadura cup 10	1	MAFONA 0,2	1		
		cefazolina 1g	1		



HOSPITAL SANTA JULIANA

RELATÓRIO DAS CIRURGIAS		Nº DE REGISTRO	
NOME: <u>FRANCISCO DAS CHAGAS DE CASTRO</u>			
IDADE:	SEXO:	PESO:	DATA: <u>14.1.06.1996</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>FRATURA FÊMUR - PSCUDDT 2016 - FALHA DE SINTESIS</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <u>IDEM</u>			
CIRURGIA REALIZADAS <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO - REVISÃO DE CIRURGIA DE FRATURA DO FÊMUR</u>			
FACTOR DE RISCO DE INFECÇÃO			
☒ Limpa ☐ potencialmente contaminada ☐ contaminada ☐ infectada			
TIPO DE CIRURGIA <u>Unifocal</u>		ANESTESISTA	
EQUIPE CIRÚRGICA:			
CIRURGIÃO <u>FRANCISCO</u>			
1º AUXILIAR <u>L. CONTINENTAL</u>			
2º AUXILIAR			
ANESTESISTA <u>ARLSON</u>			
CIRCULANTE			
Hora Início..... Hora Término..... Duração.....			
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc.)			

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

- ① PASSOS HABITUAIS + POSICÃO DE CAMPOS
- ② ACESSO CIRCULAR MÍNIMO PROXIMIDADE E DISTÂNCIA
- ③ DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ PLACA OCP
- ④ RETIFICAÇÃO DO PARAFUSOS E PLACA.
- ⑤ LIMPEZA COM SF091.
- ⑥ SUTURA POR PLANOS
- ⑦ COTATIVO OCLUSIVO

ACIDENTES E INCIDENTES

FALTOU PARTE DO TAMPÃO RECONSTITUÍDO. SOMENTE HAVIA PARTE DO TAMPÃO MAIOR

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

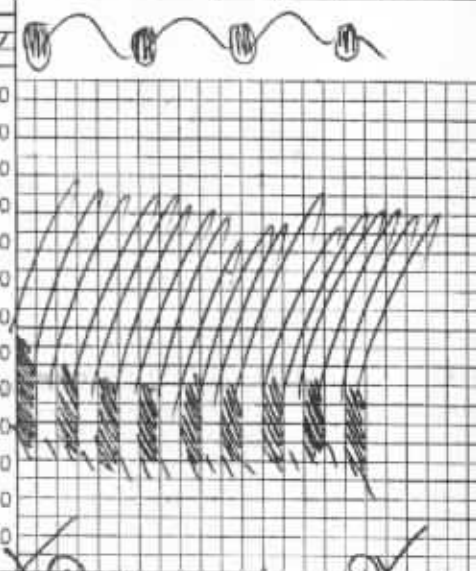
MEDICAÇÃO

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Francisley L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC 781

CIRURGIÃO CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC

 HOSPITAL SANTA JULIANA OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO CNPJ: 00.529.443/0003-06 Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 69.901-380 - Rio Branco - Acre Fone: (98) 3212-4700 / Fax: 3224-9129 www.hsj.org.br		Serviço de Anestesiologia FICHA DE ANESTESIA										Nº PRONTUÁRIO																																														
DATA: 14/06/16		NOME: Gurgel dos Reis										Apul/End:		Conte:																																												
IDADE: 60 anos		SEXO: masc.		COR: pto		ALTURA: -		PESO: 70kg		GRUPO SANG: -		PA: 140x80mm		PULSO: 90bpm		TEMP: -		RESP: 18bpm																																								
HORA: 13:30																																																										
GASES: O2 60%																																																										
ECG																																																										
SÃO (%): 98 98 98 98 98 98 98																																																										
C.O. exp																																																										
MUDOS CÓDIGO P Anteri O Pulso O - Respiração X Anestesia O Operação V 																																																										
Anticulação Quilização <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <tr> <td>Esontânea</td> <td colspan="2">☒</td> <td>Assistida</td> <td colspan="2">☒</td> <td>Controlada</td> <td colspan="2">☒</td> </tr> <tr> <td>Cardiográfico</td> <td>SIM ☒</td> <td>NÃO ☐</td> <td>Analizador de gases</td> <td>SIM ☐</td> <td>NÃO ☒</td> <td>OUTROS:</td> <td colspan="2" rowspan="4" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; text-align: center;"> Sinalar ins -> embol HETE </td> </tr> <tr> <td>Oxímetro</td> <td>SIM ☒</td> <td>NÃO ☐</td> <td>T. O. F</td> <td>SIM ☐</td> <td>NÃO ☒</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pain</td> <td>SIM ☒</td> <td>NÃO ☐</td> <td>Estetoscópio</td> <td>SIM ☐</td> <td>NÃO ☒</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Capnógrafo</td> <td>SIM ☐</td> <td>NÃO ☒</td> <td>P. A. I.</td> <td>SIM ☐</td> <td>NÃO ☒</td> <td></td> </tr> </table>																				Esontânea	☒		Assistida	☒		Controlada	☒		Cardiográfico	SIM ☒	NÃO ☐	Analizador de gases	SIM ☐	NÃO ☒	OUTROS:	Sinalar ins -> embol HETE		Oxímetro	SIM ☒	NÃO ☐	T. O. F	SIM ☐	NÃO ☒		Pain	SIM ☒	NÃO ☐	Estetoscópio	SIM ☐	NÃO ☒		Capnógrafo	SIM ☐	NÃO ☒	P. A. I.	SIM ☐	NÃO ☒	
Esontânea	☒		Assistida	☒		Controlada	☒																																																			
Cardiográfico	SIM ☒	NÃO ☐	Analizador de gases	SIM ☐	NÃO ☒	OUTROS:	Sinalar ins -> embol HETE																																																			
Oxímetro	SIM ☒	NÃO ☐	T. O. F	SIM ☐	NÃO ☒																																																					
Pain	SIM ☒	NÃO ☐	Estetoscópio	SIM ☐	NÃO ☒																																																					
Capnógrafo	SIM ☐	NÃO ☒	P. A. I.	SIM ☐	NÃO ☒																																																					
TÉCNICA: Respi																																																										
CIRURGIA: Gurgel (Pseudotumor) -> no início																																																										
CIRURGIÕES: Gurgel + outro																																																										
RAQUIANESTESIA: Sim																																																										
OUTROS:																																																										
Bloqueios		X - monitorização + ☐ revisão de venoclise venoclise <u>✓ M56/20</u> 1 - antissepsia + assepsia; 2 - punção subaracnóidea ☒ mediana ☐ paramediana em <u>3-4</u> com agulha <u>22-G</u> Quincke, descartável, saída de liquor ☒ claro ☐ turvo, aparentemente ☒ normotenso ☐ hipotenso ☐ hipertenso, ☒ ausência ☐ presença de parestesia, <u>1</u> tentativa + injeção de <u>15</u> mg de bupivacaína ☐ hiperbárica 0,5% ☒ isobárica 0,5% + morfina <u>50</u> µg. 3 - Cefazolina 2g IV; ☒ Dipirona 2g IV; ☒ Ondansetrona 4mg IV; ☒ Clotidina 20 µg no uso; ☒ Dexametasona 10 mg IV; outros: <u>1. midazolam 5mg</u>																																																								
Anestesia		2																																																								



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
Sala de Recuperação Anestésica (Pontuação)

Paciente: Francisco das Chagas de Lencina
 Nº. Apt.: 110-D
 Data: 14-06-16
 Cirurgia: T.C. por. Femur
 Início: 14:00
 Término: 14:45

Pontuação Final:
 Cirurgião: Francisley
 Enfermeiro(a): Rosiane
 Anestesista: Anderson
 Tipo de Anestesia: Raque

Após

Item de Avaliação	Pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração : -Capacidade de respirar profundamente e tosse -Esforço respiratório limitado -Nenhum esforço espontâneo	2 1 0	2	2		
Circulação: Pressão arterial Sistólica: ->80% do nível pré-anestésico -50 à 80% do nível pré-anestésico -<50% do nível pré-anestésico	2 1 0	2	2		
Nível de Consciência: -Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço) -Acorda quando chamado pelo nome -Não responde o comando	2 1 0	1	2		
Coloração: -coloração e aparência normais da pele -coloração da pele alterada: Pálida, escura, manchada, icterico. -cianose evidente	2 1 0	2	2		
Atividade muscular: -capacidade de movimentar todas extremidades; -capacidade de movimentar -se duas extremidades. -incapacidade em controlar qualquer extremidades	2 1 0	1	2		
Total		8	10		
*Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.					
*Horário de Liberação.					
*Assinatura do Enfermeiro					
*Assinatura do Médico Anestesiologista:					

Rosiane Breire
 Enfermeira
 304744-LAC

**Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós-Anestésico)**

14.06.16 Às 10:00hs paciente deu entrada na SRPA após procedimento cirúrgico, acordado, comunicativo, memórias intactas, mantendo HU em 15 e com bom fluxo, monitorizado com oximetria de pulso SpO_2 94%, FC 52 bpm, PA 122 x 71 mmHg. Às 15:13hs paciente permaneceu na SRPA com SpO_2 96%, FC 52 bpm, PA 122 x 71 mmHg. Às 15:30hs paciente permaneceu na SRPA com SpO_2 96%, FC 52 bpm, PA 122 x 71 mmHg. Às 15:45hs paciente permaneceu na SRPA com SpO_2 96%, FC 52 bpm, PA 122 x 71 mmHg. Às 16:00hs paciente estável e liberado pelo Dr. Anderson da SRPA. Encaminhado ao leito em marca Felix 1055632.