





COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC
CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA

Endereço: R. INGA, 300 -

N.F.: 3223658

Unidade Consumidora

764469

Mês Faturado - FD

12/2018 - 0

Vencimento

13/01/2019

Valor a Pagar

R\$ 291,08

Após o vencimento será cobrado multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-647-7196

www.eletobrasacre.com

autenticação mecânica

corte aqui



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC
CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

Unidade Consumidora

764469

Mês Faturado - FD

12/2018 - 0

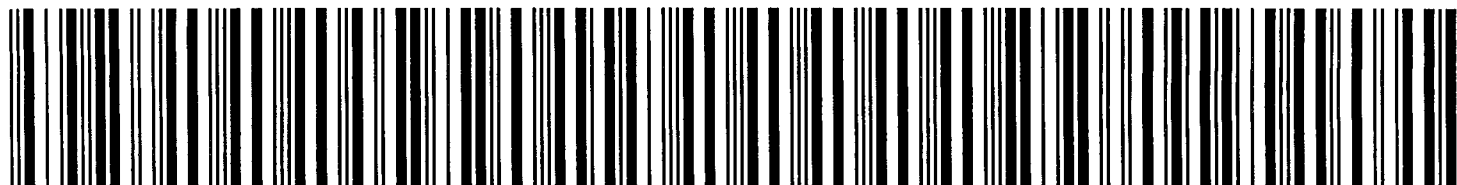
Vencimento

13/01/2019

Valor a Pagar

R\$ 291,08

83640000002.9 91080045000.9 00000000076.0 44691218005.1



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JAMES ROSAS DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 25/04/2019 às 16:12, sob o número 06023555020198010070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 06023555-50.2019.8.01.0070 e código 21636E3.

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

- **Outorgante:** Antônio Orleilson Monteiro da Silva, brasileiro, convivente, vendedor, RG nº 239818 SSP/AC, inscrito no CPF/MF sob o nº 435.014.272-04, residente e domiciliado na Rua Ingá, nº 300, Bairro Mocinha Magalhães, CEP: 69.925-070, em Rio Branco, Acre, Tel.: (68) 99947-47.
- **Outorgados:** Fernando Henrique Schicovski, brasileiro, Advogado, regularmente inscrito na OAB/AC sob o nº 4.780, Tel.: (68) 99989-5668/3244-1648 e; Augusto Bolívar Silva Mesquita, brasileiro, Advogado, regularmente inscrito na OAB/AC sob o nº 4.838, Tel.: (68) 99911-6578/3244-1648, James Rosas da Silva, brasileiro, Advogado, regularmente inscrito na OAB/AC sob o nº 5.248, Tel.: (68) 99911-7389, ambos com endereço profissional situado na Rua Alexandre Farhat, nº 101, Sala 10, Bairro José Augusto, CEP: 69900-776, em Rio Branco, Acre.
- **PODERES:** Amplos, gerais e ilimitados, com cláusula *ad judicium et extra*, para o fim de fazer a sua defesa em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o que se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, propor e variar de ações, interpor recursos e acompanhá-los até o final, dar-se por suspeito a quem necessário arguir, os especiais para declarar em juízo sua hipossuficiência financeira nos termos legais, substabelecer em conjunto ou separadamente, especialmente para ingressar com ação visando recebimento de seguro DPVAT.


Antônio Orleilson Monteiro da Silva
Outorgante

Endereço: Rua Alexandre Farhat, nº 101, Sala 10, Bairro José Augusto, CEP: 69900-776
Telefone: (68) 99989-5668/3244-1648
E-mail: fernando.schicovski.adv@gmail.com



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: Antônio Orleans
Monteiro de Sá

Fratura de clavícula (D)
Fx do glenóide (D).

DT: 16/11/18

Orientado Tratamento conservador

Retornar ao PS o dia 28/11/18
com Dr. Francisco às 07:30 AM
com Rx.

21/11/18

Dra. Fátima Hamide
PRM Cirurgia e Traumatologia
CRM/AC 1870

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

DO BE: 2599027 DATA: 28/11/2018 HORA: 06:54 USUARIO: KATIA
 NS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA DOC.: CNH
 IDADE: 45 ANOS NASC: 11/10/1973 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA INGA NUMERO: 300
 COMPLEMENTO: BAIRRO: MOCINHA MAGALHAES
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
 NOME PAI/MAE: MANOEL PEREIRA DA SILVA /MARIA SEBASTIANA DA SILVA MONTEIRO
 RESPONSÁVEL: O MESMO TEL: 99947-6547
 PROCEDENCIA: MOCINHA MAGALHAES
 HENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO
 SO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 CID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

SINOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*pele com lesões e feridas de caráter de
 após de 1 mês após*

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

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

DIAGNOSTICO: *feridas de caráter de* CID:
 PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

Ornelson Monteiro da Silva

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

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

SINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ornelson Monteiro da Silva
 Il. LUIZ CARLOS 584 - AC
 Médico - Traumatologia

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JAMES ROSAS DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 25/04/2019 às 16:12, sob o número 06023555020198010070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0602355-50.2019.8.01.0070 e código 216366E.



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAI/SUS - CNPJ: 63.602.940/0001-70

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S.A.D.T.

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

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M ☐ F ☐

Nome:

- ☐ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica _____ Enfermaria/Leito _____

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível

SUSPEITA CLÍNICA

Data dos primeiros Sintomas ____/____/____

EXAMES SOLICITADOS

1
2
3
4

Material

Material

Material

Material

Material Enviado

Carimbo

Data

CRM

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS

DE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTER
OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRACOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

☐ JEJUM

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento tanto líquido como sólido, no período 12:00 ou 14 horas dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário quando você vai coletar sangue para alguns tipos de exames (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.) o jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue saiam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035371/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/11/2018 21:00 Data/Hora Fim: 21/11/2018 21:31
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Rafael Marcos Costa Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 16/11/2018 17:45

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Avenida Ceará/Estrada Dias Martins
Complemento: Próximo ao número 454 - Estrada Dias Martins

Bairro: Jardim De Alah
Nº: 437

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 11/10/1973

Profissão: Analista Funcional

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Sebastiana da Silva Monteiro

Nome do Pai: Manoel Pereira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0239818

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 435.014.272-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Ingá

Complemento: casa

Bairro: Mocinha Magalhães

Telefone: (68) 99947-6547 (Celular)

Nº: 300

Nome Civil: LEIDIANNA FERREIRA DE MOURA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AC - Cruzeiro do Sul

Sexo: Feminino

Nasc: 19/02/1987

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Francisca da Conceição Ferreira de Moura

Nome do Pai: José Eduardo de Moura

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 435927

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 832.714.302-68

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Ingá

Nº: 300

Delegado de Polícia Civil: Rafael Marcos Costa Pimentel
Impresso por: Francisco Leidinson Ferreira Moura
Data de Impressão: 21/11/2018 21:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

Delegado de Polícia Civil: Rafael Marcos Costa Pimentel
Impresso por: Francisco Leidjilson Ferreira Moura
Data de impressão: 21/11/2018 21:32
Protocolo nº: Não disponível

Delegado(a) de Polícia
Rafael Marcos Costa Clemente

[illegible]

Francisco Zeinililson Ferreira Moura
Responsável pelo Atendimento

Leidiana Ferreira de Moura
(Comunicante)

ASSINATURAS

leaves

comunicante e esposa da vítima e veio a esta Depol informar que a vítima vinha do trabalho, na condução da motocicleta supra descrita, quando, no local, também descrito, tentou desviar de um buraco, porém caiu em outro e em seguida foi ao chão, batendo fortemente a cabeça no asfalto. Que no momento a vítima foi socorrida por um médico que passava pelo local que parou e prestou os primeiros socorros. Um amigo da vítima, Edsley Gadelha, acionou o Serviço Móvel de Urgência (Samu) para que o Sr. Orellson fosse encaminhado ao Pronto Socorro, contudo, a vítima foi conduzida à UPA da Sobral. O atendimento da UPA consistiu tratar-se de traumas graves e encaminhou a vítima ao Hospital de Urgência e Emergência de Igarassu, onde a vítima morreu. Diante dos fatos, requer a comunicante e a vítima as devidas providências legais cabíveis.

RELATO/HISTORICO

Complemento casa	Bairro: Moinha Magalhães	Telefone: (66) 99951-9259 (Celular)
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)		
Grupo Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
Placa NX54834	Número do Chassi	*****15177
Ano/Modelo Fabricação	2018/2018	Cor
UF Veículo	Acre	Município Veículo
Marca/Modelo	HONDA/BIZ 125	Modelo
Veículo Adulterado?	Não	Quantidade
Situação	Envio	1 Unidade
Nome Envolvido	Envolvimentos	
Leidiana Ferreira de Moura		
Proprietário		

BOLETIM DE OCORRENCIA

Nº: 035371/2018



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 4ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035371/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/11/2018 21:00 Data/Hora Fim: 21/11/2018 21:31
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Rafael Marcos Costa Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 4ª Regional

Data/Hora do Fato: 16/11/2018 17:45

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Avenida Ceará/Estrada Dias Martins
Complemento: Próximo ao número 454 - Estrada Dias Martins

Bairro: Jardim De Alah
Nº: 437

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Analista Funcional

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Maria Sebastiana da Silva Monteiro

Sexo: Masculino

Nasc: 11/10/1973

Nome do Pai: Manoel Pereira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 0239818

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 435.014.272-04

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Ingá

Complemento: casa

Bairro: Mocinha Magalhães

Telefone: (68) 99947-6547 (Celular)

Nº: 300

Nome Civil: LEIDIANNA FERREIRA DE MOURA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Profissão: Do Lar

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Francisca da Conceição Ferreira de Moura

Naturalidade: AC - Cruzeiro do Sul

Sexo: Feminino

Nasc: 19/02/1987

Nome do Pai: José Eduardo de Moura

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 435927

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 632.714.302-88

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Logradouro: Rua Ingá

Nº: 300

Delegado de Polícia Civil: Rafael Marcos Costa Pimentel
Impresso por: Francisco Leidimilson Ferreira Moura
Data de Impressão: 21/11/2018 21:32
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia



Nº: 035371/2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Complemento: casa
Bairro: Mocinha Magalhães
Telefone: (08) 99951-9269 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Placa NX54034	Ano/Modelo Fabricação	2018/2018	UF Veículo	Acre	Marcas/Modelo	HONDA/BIZ 125	Veículo Adulterado?	Não	Situação	Envolvido	Nome Envolvido	Leidiana Ferreira de Moura
Subgrupo	Motocicleta/Motonet	Número do Chassi	XXXXXXXXXXXX15177	Cor	Preta	Município Veículo	Rio Branco	Modelo	HONDA/BIZ 125	Quantidade	1 Unidade	Envolvidos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante é esposa da vítima e veio a esta Depol informar que a vítima vinha do trabalho, na condução da motocicleta supra descrita, quando, no local também descrito, tentou desviar de um buraco, porém caiu em outro e em seguida foi ao chão, batendo fortemente a cabeça no asfalto. Que no momento a vítima foi socorrida por um médico que passava pelo local que parou e prestou os primeiros socorros. Um amigo da vítima, Edsley Gadelha, acionou o Serviço Móvel de Urgência (Samu) para que o Sr. Orellson fosse encaminhado ao Pronto Socorro, contudo, a vítima foi conduzida à UPA da Sobral. O atendimento da UPA constatou tratar-se de Traumas graves e encaminhou a vítima ao Hospital de Urgência e Emergência. Que a vítima quebrou uma costela e a clavícula. Diante dos fatos, requer a comunicante e a vítima as devidas providências legais cabíveis.

ASSINATURAS

Francisco Leidison Ferreira Moura
Responsável pelo Atendimento

Leidiana Ferreira de Moura
(Comunicante)

Rafael Marcos Costa Pimentel
Delegado(a) de Polícia
Fabrício Leônidas S. Sobral
Delegado de Polícia Civil
Mat. 0325298-1



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DE FREITAS

LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

[At. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Nº Laudo

16.0045.02.19

Solicitante

DEFENSORIA PÚBLICA DO
ESTADO DO ACRE

Informações da Vítima

Nome Completo:

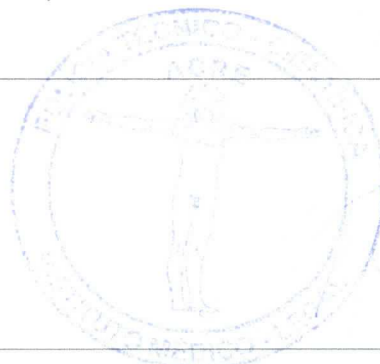
ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DE FREITAS

RG:

0239818 SSP/AC

Endereço Completo:

Rua Ingá nº300, bairro: mocinha Magalhães, na cidade de Rio Branco/AC



IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: **ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DE FREITAS**

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local: **Estrada Dias Martins, na cidade de Rio Branco - AC.**

Data do Acidente: **16/11/2018.**

Avaliação do Médico Perito Legista

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoa com o veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ Sim b) ☐ Não c) ☐ Prej.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometidas;

R: **Clavícula e escapula direita.**

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

R: **Fratura de Clavícula e escapula direita.**

III) Há indicações de algum tratamento (em curso, prescrito, as ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim b) ☒ Não

Se SIM, descreva(as) medida(s) terapêutica(s) indicadas(s):

R: **XX.**

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ Disfunções apenas temporárias.

b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

R: **Submetido a tratamento conservador, evolui com dor e diminuição de extensão e flexão.**

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ Sim, em que prazo:

b) ☒ Não.

(Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor **NÃO** preencher os demais campos abaixo assinalados.)

VI) Segundo previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesões(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)



IML/AC

Telefones: (68) 3224-3312 / 3224-1350 / 3224-3169 / 3224-1420
Av. Antônio da Rocha Viana, nº. 1248, Rio Branco/AC – CEP: 69.900-526





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Periciando: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DE FREITAS

e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, e o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firma a sua graduação:

Segmento Corporal Acometido: **Clavícula e escapula direita.**

☐ **Total** (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

☒ **Parcial** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em que se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6. 194/74 com redenção introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

1ª LESÃO: Fratura de Clavícula.

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa. ☐ 100% Total.

2ª LESÃO: Fratura de escapula

R:

☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa. ☐ 100% Total.

3ª LESÃO: xxx

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa. ☐ 100% Total.

4ª LESÃO:

R:

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa. ☐ 100% Total.

Observações: Havendo mais de quatro sequelas permanentes quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R:

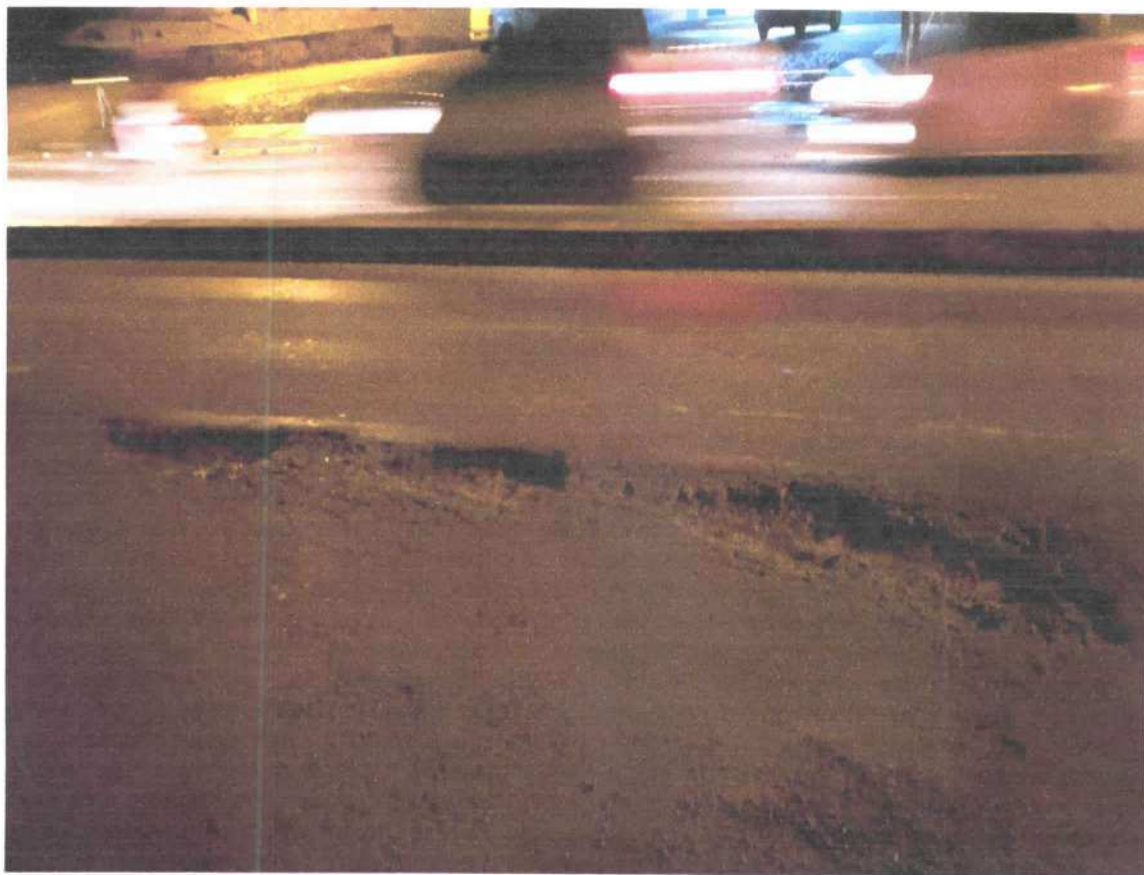
Rio Branco-AC, 29 de março de 2019.

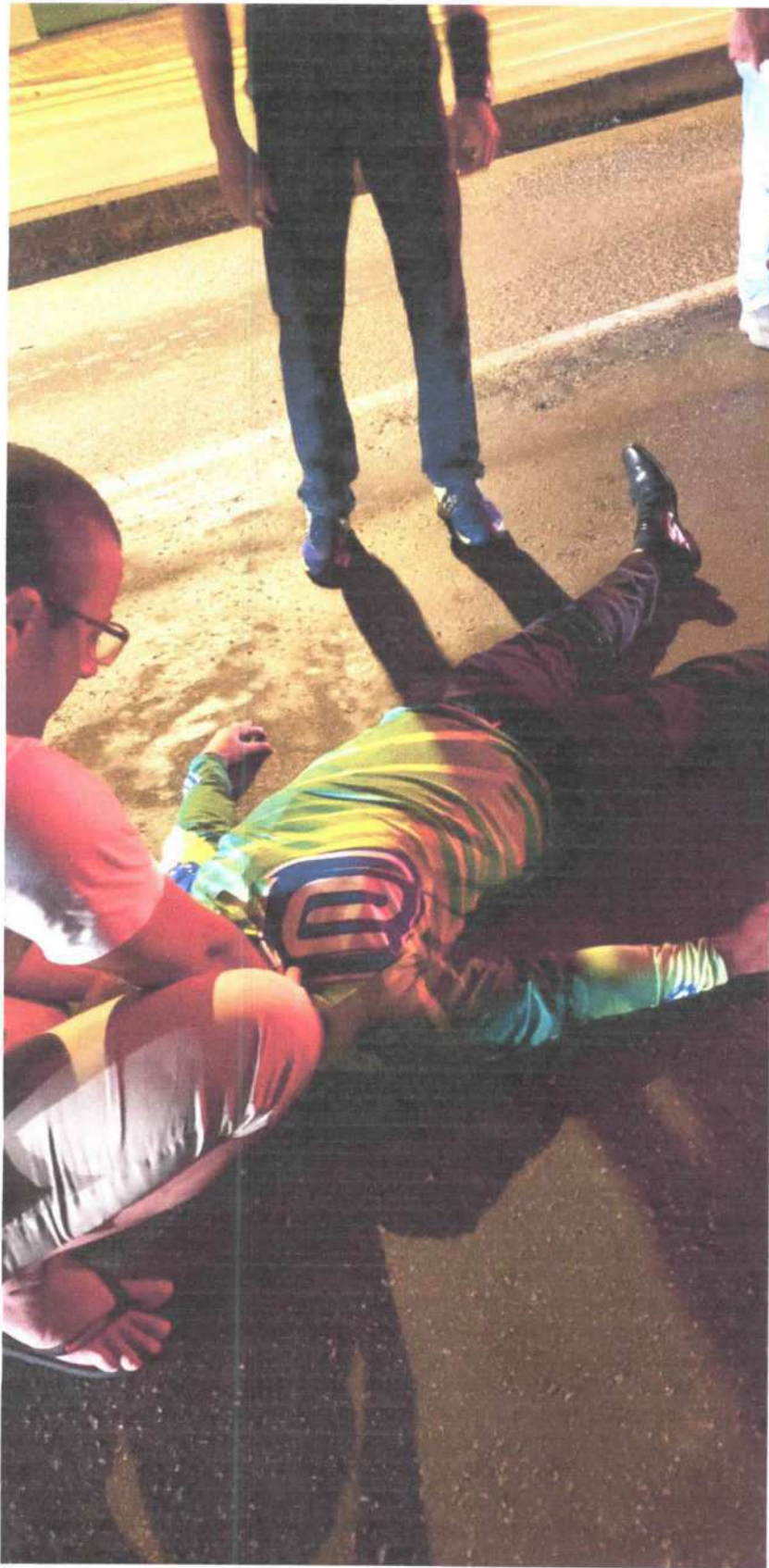

Dr. Paulo Jesus Cesar
Médico Legista
CRM/AC-795

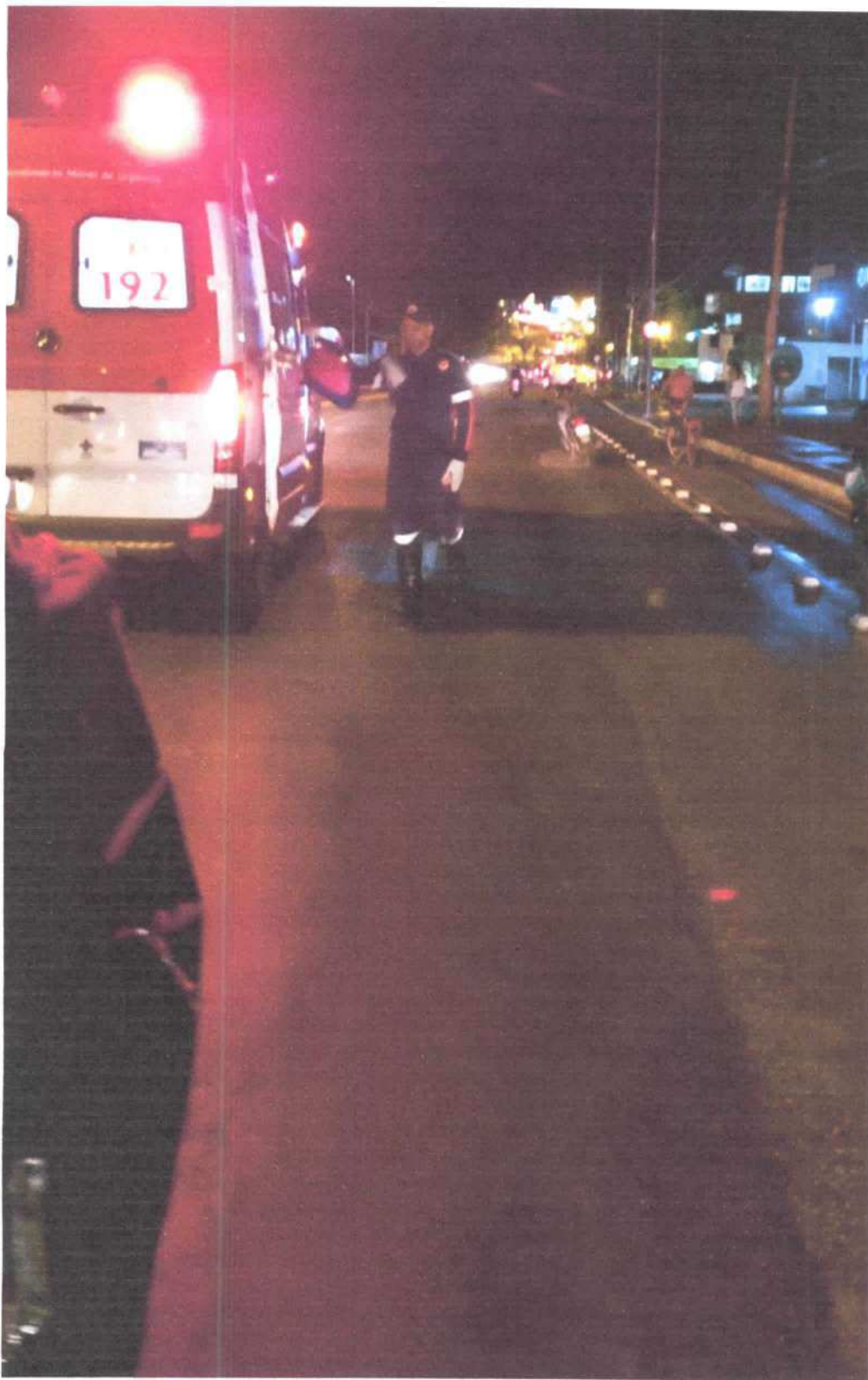


Digitado e conferido por: Giane.

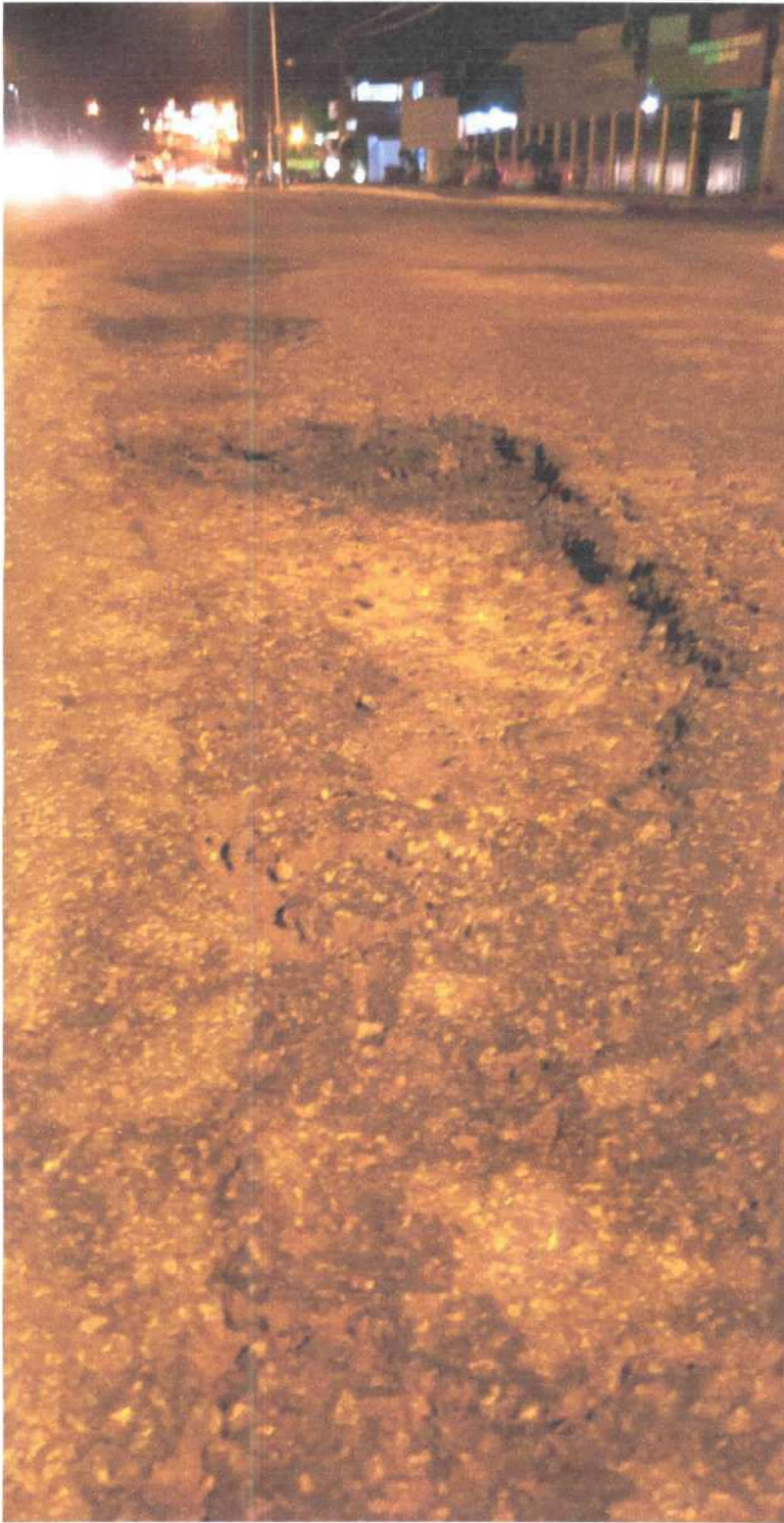






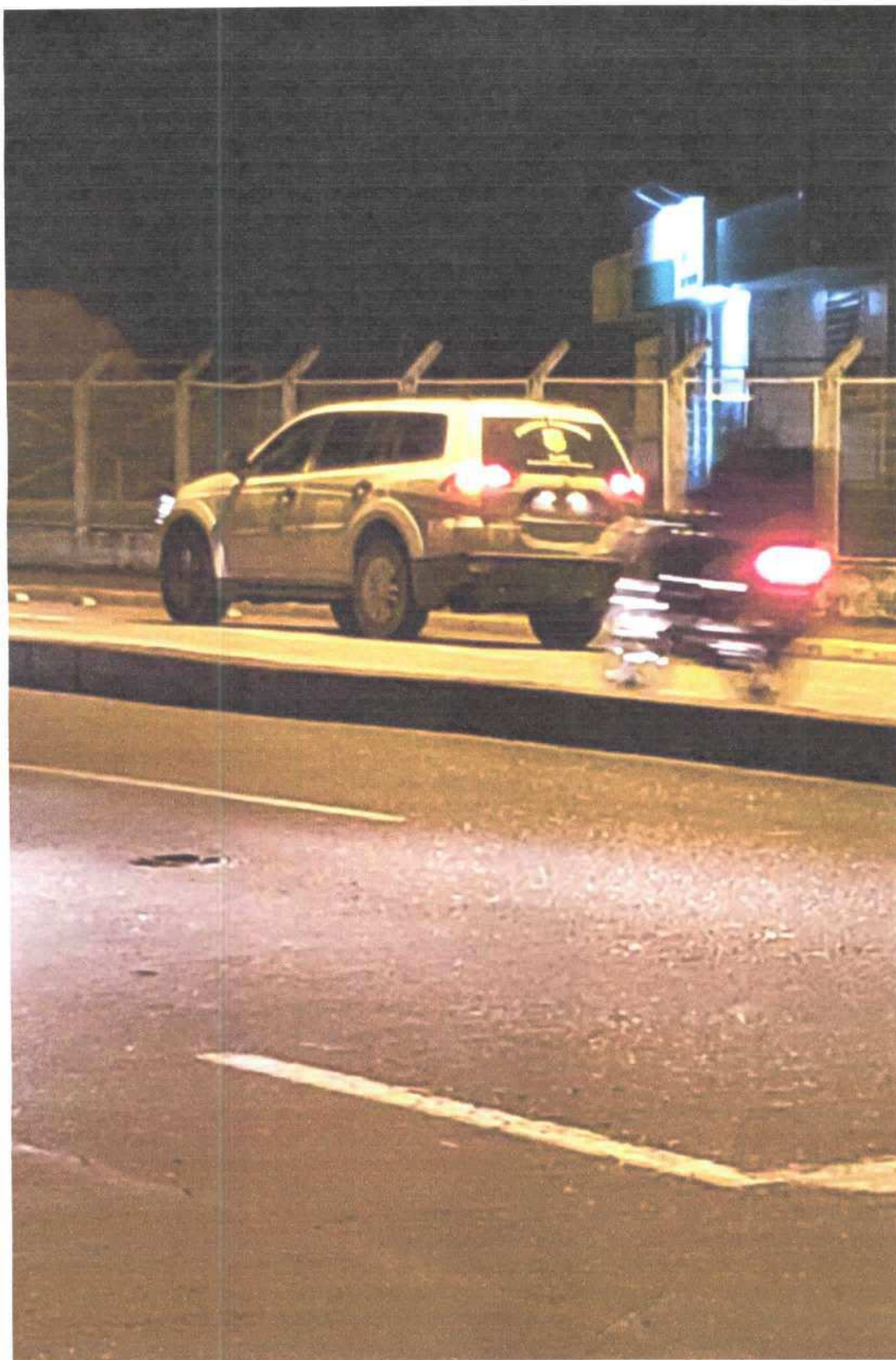












HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 93883
 Numero do CNS.....: 704207241334081
 Nome.....: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA
 Documento.....: RG239818 Tipo :
 Data de Nascimento: 11/10/1973 Idade: 45 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: MANOEL PEREIRA DA SILVA
 Nome da Mae.....: MARIA SEBASTIANA DA SILVA MONT
 Endereco.....: RUA INGA 185
 Bairro.....: MOCINHA MAGALHAES Cep.: 69900-000
 Telefone.....: 99947-6547
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2597185
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0070
 Data da Internacao: 16/11/2018
 Hora da Internacao: 21:00
 Medico Solicitante: 521.943.882-49 - LIVIA DOS REIS FERREIRA
 Proced. Solicitado: 03.03.06.018-2
 Diagnostico.....: K92.2
 Identif. Operador.: DE PAULA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Desenvolvendo o futuro, preservando o passado

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	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2 - CNES		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE ANTONIO O. MONTEIRA DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 93883	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 11/10/73		9 - SEXO 10 - RAÇA/COR 11 - ETNIA	
12 - NOME DA MÃE Marie Sebastiana da Silva		13 - NOME DO RESPONSÁVEL Marie Sebastiana - Manoel Pereira	
14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Inga 185 Mocim de Magalhães		15 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 16 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Rio Branco		18 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 46880000	
19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Doença Limitada		20 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO Doença Limitada	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Doença Limitada		22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Doença Limitada	
23 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO Doença Limitada		24 - CID 10 PRIMÁRIA Doença Limitada	
25 - CID 10 SECUNDÁRIA Doença Limitada		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS Doença Limitada	
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Doença Limitada		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Doença Limitada	
29 - CLÍNICA Doença Limitada		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Doença Limitada	
31 - DOCUMENTO Doença Limitada		32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Doença Limitada	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Doença Limitada		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO Doença Limitada	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Doença Limitada		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Doença Limitada	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40 - CNPJ DA SEGURADORA 41 - Nº DO BILHETE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNIE DA EMPRESA 44 - Cód.	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		46 - Nº DO BILHETE 47 - CNIE DA EMPRESA 48 - Cód.	
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Doença Limitada		50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR Doença Limitada	
51 - DOCUMENTO 52 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Doença Limitada		53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR Doença Limitada	
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO Doença Limitada		55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Doença Limitada	

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO DO BE: 2597185 DATA: 16/11/2018 HORA: 20:51 USUARIO: CONCEICAO
CNS: 704207241334081 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA
IDADE.....: 45 ANOS NASC: 11/10/1973
ENDERECO.....: RUA INGA
COMPLEMENTO.....
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO BAIRRO: MOCINHA MAGALHAES
NOME PAI/MAE...: MANOEL PEREIRA DA SILVA UF: AC CEP....: 69900-000
RESPONSAVEL...: IRMA-MARIA JOSE MONTEIRO DA SILVA /MARIA SEBASTIANA DA SILVA
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE TEL....: 99947-6547
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Acidente de moto, el do no ombro direito. Apresenta dor e mobilidade so no o fracture distal no do clavícula e escápula. + CP: Internado hospital.
ENFERMAGEM CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID: *Dra. Lígia dos R. Ferreira*

HORARIO DA MEDICACAO

CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

REGULAÇÃO: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

CLÍNICA CIRÚRGICA B - CCB LEITO: ____

SAME / FUERO
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO PACIENTE ANTONIO ORLEISON MONTEIRO DA SILVA IDADE 45 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 40137

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/Dt: 16/11/2018

OMBRO FLUTUANTE DIREITO

ANTEC: CIRROSE HEPATICA
HEPATITE B

HAS
VARIZES ESOFAGICAS

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO,
APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO
FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO
PULSO E NEUROLOGICO
PRESERVADOS

SOLICITO LABORATORIO
PRECIRURGICOS

VISITADOR: DR FRANCISLEI

1. DIETA VO LIVRE

2. S. RINGER 500ML EV CADA 12/12

3. DIPIRONA 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

Francisco Monteiro da Silva Jr.
Médico
CRM/AC 2217

SNV
300 500
40 30 20 04

(04)

8:00 às 17:00h Paciente
tem bom estado de
consciência, porém
apresenta dor no
ombro direito, que
é avaliada e tratada
com analgésicos.
O paciente não
apresenta sinais
de desidratação,
tem boa hidratação
e boa perfusão
periférica. O
paciente está
estável e bem
cuidado.

SAÍDA / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

8:00 às 17:00h Paciente
tem bom estado de
consciência, porém
apresenta dor no
ombro direito, que
é avaliada e tratada
com analgésicos.
O paciente não
apresenta sinais
de desidratação,
tem boa hidratação
e boa perfusão
periférica. O
paciente está
estável e bem
cuidado.

REGISTRO 30
PACIENTE
ANTONIO ORLEISON MONTEIRO DA SILVA

IDADE
45

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
157
HUER
Hospital de Urgência
Entrada de 24h

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI/DT: 16/1/2018

OMBO FLUTUANTE DIREITO

ANTEC: CIRROSE HEPATICA
HEPATITE B

HAS

VARIZES ESOFAGICAS

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO
APRESENTA DOR E LIMITACAO
FUNCIONAL EM OMBO DIREITO
PULSO E NEUROLOGICO
PRESERVADOS

SOLICITO RISCO CIRURGICO

VISITADOR: DR ISSE

1. DIETA VO LIVRE SUB

2. S. RINGER 500ML EV CADA 12/12 500 500

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 100 100

4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SN 100 100

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 100 100

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 100 100

7. CUIDADOS GERAIS X

8. SINAIS VITAIS X

9. CURATIVO DIARIO X

Dr. Edilson Almeida
PDM Omeprazol e Tramadol
CRM/AC 1870

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

8.00h às 17.00h Paciente
temer baulo de cope
São Francisco de Assis
causas + exames por
la Silva. Realizado o
material no UH. In
uad alcool 70% na
tem alie for oferecida
bunda fisiologica pa
rente. Te. 10.00h
20/11/2018 11:00h
Paciente em UH
interferencia no
ouvido no UH
clipping com o
a UH e oferecida
classe com 200%

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

50

OMBRO FLUTUANTE DIREITO

1. DIETA VO LIVRE

ANTEC: CIRROSE HEPATICA

HEPATITE B

HAS

VARIZES ESOFAGICAS

PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO,

PRESENIA DOR E LIMITACAO

CONCIONAL EM OMBO DIREITO

NEUROLOGICO

RESERVADOS

SOLICITO RISCO CIRURGICO

VISITADOR: DR. ISSASSE

1. DIETA VO LIVRE

2. S. RINGER 500ML EV CADA 12/12

3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H

4. IRAMAL 100MG + 100ML SFO, 9% EV 8/8H SN

3. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 HS

9. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

1. CUIDADOS GERAIS: X

0.01115 V/LABX

CONATIVO DIARIO X

Dra. Tatiana Plamida
Prim. Ortopedia e Traumatologia
CRM/MAC 1870

[illegible]

~~COREN AC~~

STREET

CPIA

[illegible]

REGISTRO 41 PACIENTE ANTONIO ORLEISON MONTEIRO DA SILVA IDADE 45 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 157

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/D/T: 16/11/2018

OMBRO FLUTUANTE DIREITO
ANTEC: CIRROSE HEPATICA
HEPATITE B
HAS
VARIZES ESOFAGICAS
PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO
APRESENTA DOR E LIMITACAO
FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO
PULSO E NEUROLOGICO
PRESERVADOS
AGUARDANDO RISCO CIRURGICO

1. DIETA VO LIVRE
2. S. RINGER 500ML EV CADA 12/12
3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 8/8 HRS
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
ALTA COM INDICACOES

DR FRANCISLEI ORIENTA
TRATAMENTO CONSERVADOR
ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Dr. Fabiano Stamule
Hepatologia e Hematologia
CRM/AC 1570

At 13:00h Prontuário
de alta hospitalar
CPR
Beloque Rajá de Souza
Enfermeiro
COREN-AC 330.971

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

VISITADOR: DR FRANCISLEI

SAME / HUEB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

3411118

09:35 h.

45 anos



II



III



aVL



aVF

I

II

III

aVL

aVF

157

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.015575
Num. do BE: 02597185

Idade...: 45A
Requis.: 17/11/2018

IS. Origem.: HUERB/PS (CB)
Solicitante: FATIMA COPARA HAMUDE

Cons. Regional: 1870

Setor.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

emacias (em milhoes):... 3,45 mm3
emoglobina:..... 9,19 g/dL
ematocrito:..... 29,00 %
CM:..... 82,50 fL
CM:..... 26,60 pg
HCM:..... 32,30 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

eúcometria Global:..... 14.900 /mm3
asofilos:..... 0 %
alor Absoluto:..... 0 mm3
osinofilos:..... 2 %
alor Absoluto:..... 298 mm3
ielocitos:..... 0 %
alor Absoluto:..... 0 mm3
etamielocitos:..... 0 %
alor Absoluto:..... 0 %
astoes:..... 0 %
alor Absoluto:..... 0 mm3
egmentados:..... 78 %
alor Absoluto:..... 11.622 mm3
infocitos:..... 12 %
alor Absoluto:..... 1.788 mm3
onocitos:..... 8 %
alor Absoluto:..... 1.192 mm3
lastos:..... 0 %
alor Absoluto:..... 0 mm3

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 %

Acentuada Hipocromia

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

iberado por: GLEICE ELIZABETH DA ROCHA MORAES 17/11/18 as 16:30 Coleta: 17/11/18 as 14:56-1a. Via Impressa: 17/11/18

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico Especialista
CRF 10.008

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700,

- BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: ANTONIO ORLEILSON MONTEIRO DA SILVA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.015575
Num. do BE: 02597185

Idade...: 45A

Requis.: 17/11/2018

JS. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: FATIMA COPARA HAMUDE

Cons. Regional: 1870

Setor.....: SALA DE GESSO

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:.... 2 MINUTOS
Tempo de Coagulacao:..... 8 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:.... 654.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos

VR: 2 - 10 minutos

VR: 150 a 400.000 /mm3

TROMBOCITOSE ACENTUADA

Elaborado por: GLEICE ELIZAETH DA ROCHA MORAES 17/11/18 as 16:31 Coleta: 17/11/18 as 14:56-1a. Via Impressa: 17/11/18

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico Bioquímico
CRF/AC 608



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

CLÍNICA: *Onco* LEITO Nº *157* A CLÍNICA *Bar do Dole*

IENTE: *Ana Maria Oliveira Monteiro*

OTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente com 45 anos com
história de câncer
Antec. Cirurgia Repetida
Repetida B
Sobretudo risco cirúrgico*

*02/12/2019
14h00
Cirurgia de Oncologia*

OME DO SOLICITANTE:

DATA *9/12/19* HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

*COPIA
CONFIRMADA*

OME DO MÉDICO:

DATA */ /* HORA:



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

UNIDADE: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Para: HOBVUZ (Detepedite)
Nome do Paciente: Autocarro (Detepedite) U. Siteo
Nome Social: _____
Hipótese diagnóstica: Problema documentado
(B) / Problema 3º ou 4º grau
ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:
Atesto para os devidos fins: _____

Problema documentado
Estado de saúde
Problema documentado
Prf: 1130-10113. 7A1
Sede de saúde
Problema
DATA: 16.11.18
18 NOV 2018

ASSINATURA

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

Última VE Queixa
de dor no

História da Doença Anterior: _____

trauma no ombro ①

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

FX DE CLAVÍCULA

Diagnóstico Definitivo: _____

FX DE ESCAPULA

(Ombro FLUTUANTE)

Motivo da Cobrança: _____

12

- 11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADC 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/PERMAN. DO

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

XEROX / FUEB
CÓPIA
ORIGINAL