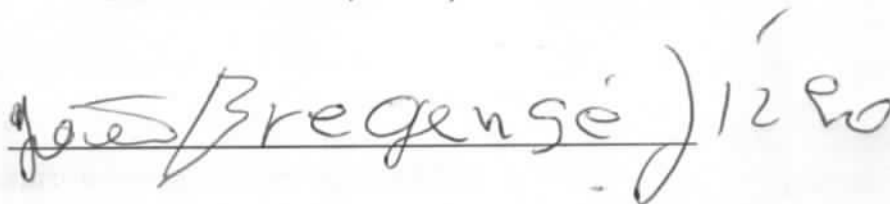


PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

JOAO BREGENSE FILHO, brasileiro, Casado, Profissão, Serviço Geral, inscrito no CPF sob o nº390.988.182-34e no RG sob o nº193004SSP/AC, residente e domiciliado na, Rua Edmundo Pinto nº167Bairro:Vila Acre,Cep:69909-812,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, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 26 De JULHO 2018.

João Bregense Filho

DECLARAÇÃO

JOAO BREGENSE FILHO, brasileiro, Casado, Profissão, Serviço Geral, inscrito no CPF sob o nº390.988.182-34e no RG sob o nº193004SSP/AC, residente e domiciliado na, Rua Edmundo Pinto nº167Bairro:Vila Acre, Cep:69909-812, Rio Branco-Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

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

Rio Branco – Acre, 26 de JULHO 2018.

João Bregense Filho

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO



Polegar Direito



João Bregense Filho

CARTÃO DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 07016186820198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701618-68.2019.8.01.0001 e código 20926C1.

REGISTRO GERAL

193004

DATA DE EXPEDIÇÃO

26/03/2010

NOME

JOÃO BREGENSE FILHO

FILIAÇÃO

JOÃO BREGENSE

MÁRILZA MONTEIRO BREGENSE

NATURALIDADE

ENA MADUREIRA - AC

DATA DE NASCIMENTO

28/04/1970

DOC ORIGEM

CERTD NASC 82.486 FLS 132 LIV 85

CO BRANCO - AC

CPF

fls. 11.

VIA

CARLOS FACELAR CÂMERA RODRIGUES
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

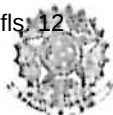
LEI Nº 116 DE 29-05-63



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

fls. 12



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

390.988.182-34

Nome

JOAO BREGENSE FILHO

Nascimento

28/04/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STEFANUS VERNAL BUES e enviado para o Estado de Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 0701682019000010001.
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.juiz.fsp.br/sgstweb/printConteudoDocumento.do>, informe o processo 0701682019000010001 e código 07083532.

MS/DATASUS

UPA VERDE - 2 DISTRITO

No. DO BE: 1216487
CNS:DATA: 16/12/2015 HORA: 07:25
SETOR: 09-CONSULTORIO

USUARIO: ANTONIA LUCIZE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO BREGENSE FILHO DOC....: RG.193004
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 28/04/1970 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: RAMAL BEIJA FLOR KM80 NUMERO: 380
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: TRANSACEANA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
 NOME PAI/MAE...: JOAO BREGENSE /MARILZA MONTEIRO BREGENSE
 RESPONSAVEL....: O MESMO TEL....: 9959-8810
 PROCEDENCIA...: ESTRADA TRANSACREANA
 ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: [100 X 60 mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

pt. relato quadro de dor no abd. e sem de entera
 do em ambos vtr. pene e transverso direito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: In 07:40 Paciente refere dor em regiao
 abdominal e de em MID por trauma no 1 dia.

sis Almeida de Souza
 Enfermeira
 COREN/AC 276504

DIAGNOSTICO:

Trauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Rx ombros + clavículas direita + tórax Di. lombar e abd.
 ② Medicação 1 dia (An) Analgésico
 ③ Reparo sobre 4x 1B-1L 1200 } 08:25 Luzin
 ④ Dipirona 1g + 1B-1L 1200

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

DBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dra. Gleicy A. Miranda
 Medica
 CRM/AC 1873

0408010134-S. 427

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2294684 DATA: 16/12/2015 HORA: 13:44 USUARIO: GRACIET
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO BREGENSE FILHO DOC...: NT
IDADE.....: 45 ANOS NASC: 28/04/1970 SEXO...: MAS
ENDERECO.....: ROD.AC 90 KM 80 RAMAL BELJA FLOR NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: TRANSACREANA
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: JOAO BREGENSE /MARILZA MONTEIRO BREGENSE
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: NT
PROCEDENCIA...: UPA-VIA VERDE
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA...: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

fratura crânio distal

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

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

DIAGNOSTICO: SAME / HUEM

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MED

CONFORME ORIGINAL
João Bregense Filho + AFNE
R.C. H.C.

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTEN

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Fratura distal do Ulnar
R. C. H. C.

0408030134-S. 427

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO	
No. DO BE: 2294684		DATA: 16/12/2015	HORA: 13:44
CNS:		USUARIO: GRACIELA	
		SETOR: 06-SALA DE GESSO	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: JOAO BREGENSE FILHO	DOC...	
IDADE.....	45 ANOS	NASC: 28/04/1970	SEXO...
ENDEREÇO.....	ROD.AC 90 KM 80 RAMAL BELJA FLOR	NUMERO:	
COMPLEMENTO....	BAIRRO: TRANSACREANA	UF: AC	CEP....
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO	/MARILZA MONTEIRO BR	
NOME PAI/MAE...	JOAO BREGENSE	TEL....	
RESPONSÁVEL....	O PRÓPRIO		
PROCEDENCIA....	UPA-VIA VERDE		
ATENDIMENTO....	CONSULTA/PRESCRIÇÃO		
CASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE.....	NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	NAO
TRAUMATISMO			
PA[X mmHg]	PULSO[]	TEMP.[]	PESO[] FC[] SPO2[]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRAS			
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	
fratura crânio distal			
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO]			
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]			
DIAGNOSTICO: SAME - HUEB		CID:	
PRESCRIÇÃO		HORARIO DA	
CONFORME ORIENTAÇÃO			
Leobila + AINE			
R.C. H.C.			
DATA DA SAIDA: / /		HORA DA SAIDA:	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESIST			
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
ORBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML []			
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MED	
F. Alvaro Costa		de Cláudia	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 07016188820198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701618-68.2019.8.01.0001 e código 209262.

SOLICITAÇÃO DE
EXAMES - S. A. D. T.



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

- ☐ H. FUNDHACRE
☐ H. DO IDOSO
☐ POLIC. TUCUMÃ
☐ H. DA CRIANÇA

- ☐ C.I. DA MULHER
☐ H. M. M. MONTE
☐ CACON

16.PC.2.010524
ROTINA

03/11/16 7:15
MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo

Nome: José A. Filho

- ☐ 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

Pré-operatório

EXAMES SOLICITADOS

1
2
3
4

Hemograma, glicemia,
TAP

Material
Material
Material
Material

Material Enviado

Carimbo

Data

CRM

Drª Paula R. Mariano
Médica CRM 723/AC
08 Abr 2016

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

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

DFE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS 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.

Chave de Confirmação:

97170**UNIDADE EXECUTANTE**

Nome:

FUNDHACRE

Endereço:

BR 364 KM 2

Telefone:

(68) 3226 4683

Profissional Executante:

MARCOS PAULO PARENTE ARAUJO

Cod. CNES:

2001586

Número:

02

CEP:

69900-970

Complemento:

Município:

RIO BRANCO

Data e Horário Atendimento:

TER - 30/08/2016 - 13:00hrs

Bairro:

DISTRITO INDUSTRIAL

UF:

AC

DADOS DO PACIENTE

CNS:

708402732057165

Data Nascimento:

28/04/1970

Naturalidade:

BRASILEIRA

Nome:

JOAO BREGENSE FILHO

Idade:

46 anos

Naturalidade:

RIO BRANCO - AC

Nome Social / Apelido:

Sexo:

MASCULINO

DADOS DA SOLICITAÇÃO

Código Solicitação:

175941414

Vaga Solicitada:

1ª Vez

Vaga Consumida:

1ª Vez

Procedimento(s) Marcado(s):

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) - COM LAUDO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) - COM LAUDO

Cod. Unificado:

0204030170

0204030153

Cod. Interno:

1332055

1332056

Data da Extração dos Dados: 22/08/2016 13:47:33



SOLICITAÇÃO EXAMES - S. A.

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

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

MATRÍCULA

Data Nasc.

Sexo M ☐

Nome:

- ☐ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clínica

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

DFE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS 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 h dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário para



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

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

SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S. A. D.

- ☐ 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: João Bregense Silva

- ☐ 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 ____/____/____
pré - op.

EXAMES SOLICITADOS

- | | | |
|---|-------------|----------------|
| 1 | <u>ECG.</u> | Material _____ |
| 2 | _____ | Material _____ |
| 3 | _____ | Material _____ |
| 4 | _____ | Material _____ |

Material Enviado

Carimbo

Dra. Theresia Raquel M. B. de Mello
Médica/Cirurgiã Geral
CRM - AC 1744

Data 28/06/16

CRM

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

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

DFE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTEN

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS 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 precisar 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.

508

Solicitação de Consultas Ambulatoriais

DADOS DO PACIENTE:

Retorno dia 08/08/16
Méd. Paula às 13 h
Atendente Guiana

CNS: 708402732057165
Nome: JOAO BREGENSE FILHO
Nome da Mãe: MARILZA MONTEIRO BREGENSE
Nome do Pai: JOAO BREGENSE
Data de Nascimento: 28/04/1970 (46 anos)
Sexo: MASCULINO
Raça: PARDA
Residência: RIO BRANCO - AC
Naturalidade: RIO BRANCO - AC

28/06/2016

390722

~~99552213~~ ~~33046444~~
n atende

Gabrielle Mauer

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: 0301010072 - CONSULTA EM RISCO CIRURGICO

Retorno: CID: R68

Profissional Solicitante: --- PROFISSIONAL NAO LISTADO ---

THEREZA RACQUEL

Central Executante: (12C147) CENTRAL ESTADUAL - AC*

Unidade Executante: TODAS

OK

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 07016186820198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701618-68.2019.8.01.0001 e código 26926C2.

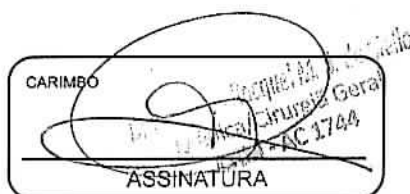


RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: João Bregense Filho.

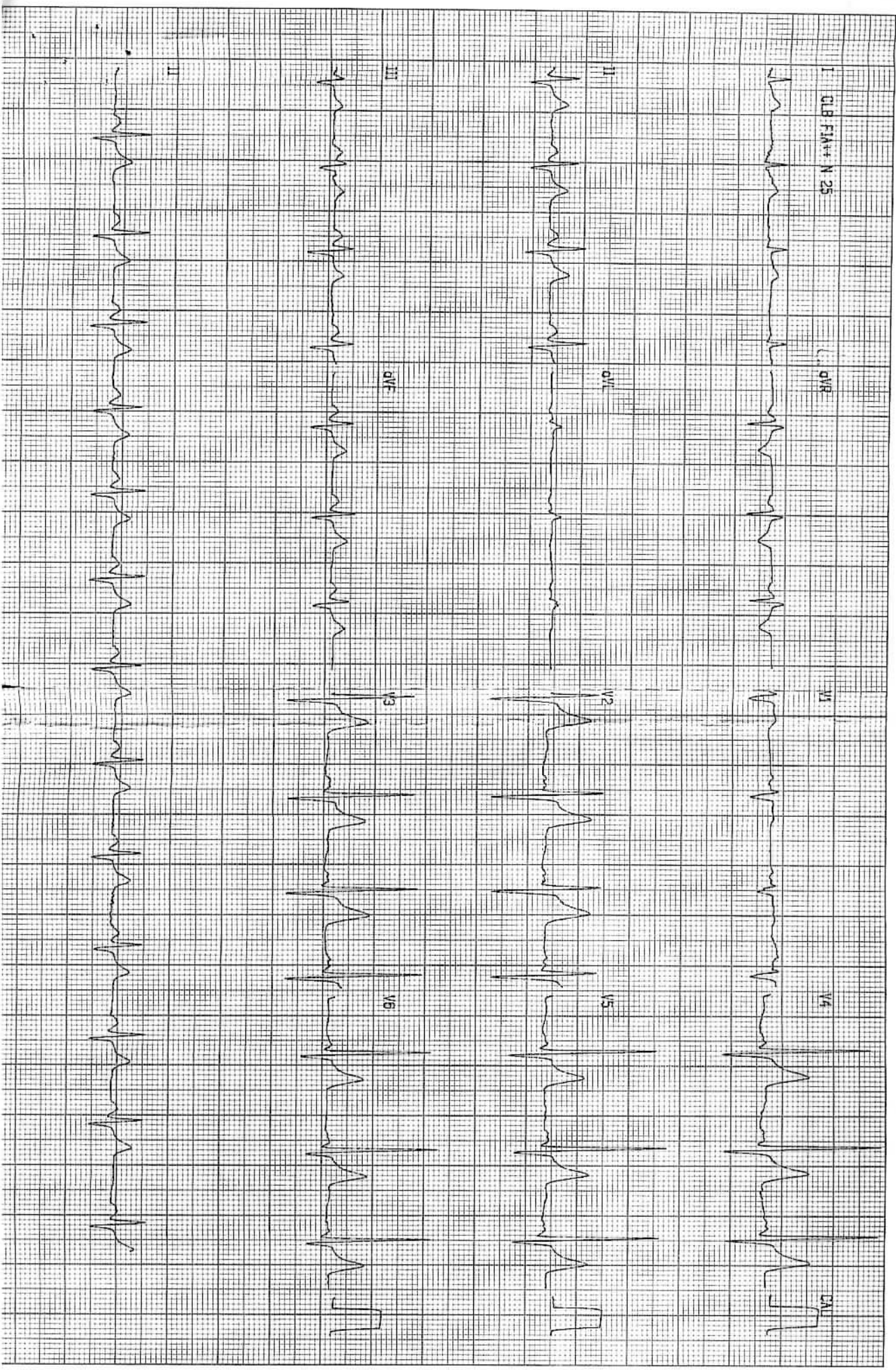
Ao cardiologista.

Paciente em pré-operatório de c.c. hérnio inguinal
(E) + hérnio epigástrica.
Solicito risco cirúrgico.

DATA: 28/06/16

46 a

09/08/16



0408010134-S. 427

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2294684 DATA: 16/12/2015 HORA: 13:44 USUARIO: GRACIETE
CNS: SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO BREGENSE FILHO DOC...: NT
 IDADE.....: 45 ANOS NASC: 28/04/1970 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: ROD.AC 90 KM 80 RAMAL BEIJA FLOR NUMERO:
 COMPLEMENTO.....: BAIRRO: TRANSACREANA
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
 NOME PAI/MAE...: JOAO BREGENSE /MARILZA MONTEIRO BREGENSE
 RESPONSÁVEL....: O PROPRIO TEL....: NT
 PROCEDENCIA....: UPA-VIA VERDE
 ATENDIMENTO....: CONSULTA/PRESCRICAO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUM...: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

fratura crânio distal

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

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

DIAGNOSTICO: SAME / HUERB

CID:

CÓPIA PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

CONFORME ORIGINAL

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Fratura distal de Ulna

R. C. H. C.

Pegar o
premio Atendimen
to. 16-12-2015

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo pessoal, povo organizado.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: UPA do Dist.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: clínica médica

Para: Ortopedia Huerb

Nome do paciente: João Bregues Filho

Hipótese diagnóstica: fratura distal de clavícula
direita ??

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

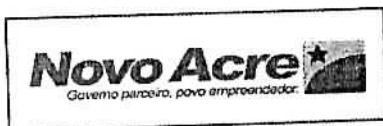
Pto relato acidente de moto
há 3 dias e possui dor intensa
em região clavicular.

Solicita Análise e conduta

Dra. Gleiciany A. Miranda
Médica
CRM/AC 1873

ASSINATURA

DATA: 16/12/15



Nome: JOAO BREGENSE FILHO
Idade: 46 A
Exame : TC CLAVICULA DIREITA
Atendimento: 52220

Data: 21/10/2016

TÉCNICA:

Foram obtidas imagens sem a administração venosa de contraste, com reformatações multiplanares.

RELATÓRIO:

Artropatia degenerativa do esternoclavicular direita, caracterizada por cistos e esclerose subcondral nas suas margens. Nota-se aumento de partes moles junto a esta articulação, que pode estar relacionada à derrame articular.

Não se observa desalinhamento nesta articulação.

Discreta irregularidade cortical óssea na margem posteromedial da clavícula direita.

Demais estruturas ósseas de forma conservada, sem sinais de fraturas.

Planos miotendíneos sem alterações detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

Artropatia degenerativa do esternoclavicular direita, caracterizada por cistos e esclerose subcondral nas suas margens. Nota-se aumento de partes moles junto a esta articulação, que pode estar relacionado à derrame articular.

Discreta irregularidade cortical óssea na margem posteromedial da clavícula direita.

Nota: Espondiloartrose cervical.

Artropatia degenerativa acromioclavicular.

DR. MARCOS PARENTE
MÉDICO RADIOLOGISTA
CRM-AC 1482 RQE-AC 572
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

RISCO CIRÚRGICO

NOME: João Bugense Filho
 IDADE: 46 anos
 CIRURGIA PROPOSTA: Hernioplastia inguinal + Epigastria
 ALERGIA: ϕ
 MEDICAÇÃO EM USO: ϕ
 A-ACP: RIZTRONFID/1. PA: 120 x 80 mmHg.
 visto encaminhar

IAM (<6M)(10)/IAM(>6M)(5)/ANGINA C-III(10)/ANGINA C-IV(20)/EAP(<15)(10)/EAP(>15)(5)/EAo IMP(20)/ECG-RS OU ESSV(5)/ECG>5 IV(20)/ESV(5)/PaO<60, PaCO2>50, K<3, U>50, Cr>3 OU RESTRITO AO LEITO (5)/ID>70(05)/CIRURGIA DE EMERGÊNCIA(10).

☒ RISCO BAIXO

☐ RISCO INTERMEDIÁRIO

☐ RISCO ALTO

Dr. Paulo Fernando Mariano
 Cardiologista
 CRM 77216
 06/12/26



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: USP 24 HORAS DO 2º DISTRITO
CNPJ: 040345760001

RECEITUÁRIO MÉDICO

1. Jao B. filho
Quinino 500
01 h. 6/6 h 4 x
 2. Albendazol 400
01 h. 2x
repetir c/ 10 dias
 3. clonazepam 3
01 gr. 2 x
 4. clonazepam 3
01 gr. 2 x

FARMÁCIA - ATENDIDO
UNIDADE - Clínica Vitorino

FARMÁCIA - ATENDIDO
UNIDADE - Clínica Vitorino

FARMÁCIA - ATENDIDO
UNIDADE - Clínica Vitorino

Dr. Clebio Leonardo O. de Carvalho
Médico
CRM-AC: 2104

ASSINATURA DO MÉDICO com C.R.M.

16/11/12

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 07016186820198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701618-68.2019.8.01.0001 e código 20926C4.



Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: [REDACTED]

Para: 17

Nome do paciente: J. J.

Hipótese diagnóstica: 70% de lesões

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

721210

03-5-1985

Edisio C. P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM 15.542

NAME / HUEB
COPIA
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: UPA 20 Bjt.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: clínica médica

Para: Ortopedia Huerb

Nome do paciente: João Breuse Filho

Hipótese diagnóstica: fratura distal de clavícula
direita ??

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Pto. relato acidente de moto
há 3 dias e semi de susten dor
em reg. clavícula.

Solicite Analise e condus

[Assinatura]

Dr. Gleiciany A. Miranda
Médica

CRM/AC 1873

ASSINATURA

DATA 16/12/15

SAME / HUERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL



Novo Acre
Governo perene, povo empreendedor.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E SANEAMENTO

Unidade: UPA do Dst.

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: clínica médica

Para: Ortopedia Huerb

Nome do paciente: João Breque Filho

Hipótese diagnóstica: fratura distal de clavícula
direita ??

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Relato acidente de moto
há 1 dia e semi de susten dor
em reg. clavícula.

Solicite exames e exames

[Assinatura]

Dr. Gleicyany A. Miranda
Médica
CRM/AC 1873

ASSINATURA

DATA: 16/12/15



HOSPITAL DAS CLÍNICAS
RECEITUÁRIO MÉDICO

M João Bragança Filho
Médico clínico

Paciente jovem, vítima do
do Distúrbio de Hérnia
Inguinal Esquerda Aguda
As costuras feitas, com
de reparo e melhor
func. dep. da cirurgia
sem este subutil. a
func. Administrativa do
Trabalho

DATA: / /

25 JUL 2018
ASSINATURA COM CARIMBO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 07/02/2019 às 12:07, sob o número 07016186820198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701618-68.2019.8.01.0001 e código 20926C8



HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

fls. 34

e-mail: cac.hc@ac.gov.br

DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
CENTRAL DE AGENDAMENTO DE CIRURGIA - CAC
AUTORIZAÇÃO PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

PACIENTE:

João Bregença Filho.

DIAGNÓSTICO (DX)

Hernia Inguinal Esquerda

PROCEDIMENTO

CIRURGICO PROPOSTO:

Hernioplastia Inguinal Esquerda

NECESSIDADE DE
ANESTESIOLOGISTA?

SIM (X)

NÃO ()

TEMPO ESTIMADO DE CIRURGIA (Horas)

DATA DA CIRURGIA

DATA DA INTERNAÇÃO

MATERIAL ESPECIAL SOLICITADO (INSTRUMENTAL, ÓRTESES E PRÓTESES)

SOLICITAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS

UTI (), PREVISÃO DE RECUPERAÇÃO PÓS OPERATÓRIA EM: DIAS

HEMODERIVADOS: () PFC () CH () PLAQUETAS () NÃO SERÁ NECESSÁRIO

OBS: O PEDIDO DEVERÁ SER FORNECIDO AO PACIENTE EM DUAS VIAS NO MOMENTO DA ASSINATURA DESTE.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA DA EMISSÃO DA AUTORIZAÇÃO: / /20

CAMPO A SER PREENCHIDO PELO CAC

NÚMERO DO CARTÃO SUS

NÚMERO DO CARTÃO HOSPITAL DAS
CLÍNICAS (FUNDHACRE)

PACIENTE RESIDE EM:

TELEFONES PARA CONTATO:

FIXO

CELULAR

RECADO

Falar com:

PACIENTE: () DIABÉTICO () HIPERTENSO () DEFICIENTE FÍSICO

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

RIO BRANCO-AC.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIO BRANCO
DIVISÃO DE CENTRO CIRÚRGICO
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA CIRURGIAS

Quem recebeu as orientações e assina este termo: () Paciente () Responsável

Nome completo: _____

Endereço: _____

Data de nascimento: ____/____/____. CPF: _____

R.G.: _____, Grau de parentesco: _____

Pelo Presente termo, autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) e/ou cirurgia(s): _____

_____, por indicação do(a) Dr.(a) _____, inscrito no CRM sob o N° _____ e sua equipe. O procedimento/tratamento indicado possui os seguintes riscos e consequências possíveis (mais comuns): _____

O paciente possui as seguintes condições pessoais que podem influenciar no resultado do procedimento/tratamento: _____

Declaro que recebi todas as informações quanto ao procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Também me foi dada a oportunidade de fazer perguntas que me foram integralmente respondidas e que não restou nenhuma dúvida ou esclarecimento a ser feito. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento emergencial, seja exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e que justifiquem cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, bem como, seja encaminhado para exames complementares, qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento. Confirmando que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse.

Rio Branco-AC, ____/____/____. Hora: _____

Assinatura do responsável/paciente: _____

Assinatura do médico: _____



SUS 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

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paricati apontando Absolutamente de risco
surgiu (E) sempre os espasmos físicos
As espasmos físicos de natureza de f. esp.
absoluta de natureza (F).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As acima citadas

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

Amor + Exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Amor + Exame físico

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Amor + Exame físico

25 JUL 2018

PREENCHER EM CASO DE EXTERMAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÔD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

/ /



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

LAUDO MÉDICO

NOME: João Brenner Filho

O paciente supracitado apresenta lesões extensas clav
avulsa é direita a partir de 1 / 1 / 1

ou há tórax, tendo sido tratado com irradição
medicamentosa

No momento, encontra-se em acompanhamento
ambulatorial

CID: S43.0

Dr. Lívia Perreira
FRM Ort. e Traumatologia
CRM-AC 1933

Médico

12/07/17

HOSPITAL
DAS CLÍNICAS

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente:

LANDO

JOÃO BREGANÇO

FILHO, ENCONTRA-SE
EM TRATAMENTO ORTO-
PÉDICO SEM PREVISÃO DE
ALTA.

CID 10 - S43.1/S40.0

DATA

21/03/16

CARIMBO

Edisio C.P. Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM- 389-AC

ASSINATURA



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

LAUDO MÉDICO

NOME: JOÃO BRIGGS FILHO

O paciente supracitado apresenta luxação esternoclavicular
(D) a partir de 1

ou há 01 ANO, tendo sido tratado com medicações
+ IMOBILIZAÇÃO em "8".

No momento, encontra-se em ACOMPANHAMENTO Ambulatorial
SERÁ SENDO EVOLUINDO PARA CIRURGIA
PLASTICA, para luxação B CONJUNTO

CID: S43.2

Dr. José Roberto C. Viana Souza
CRM - Ortopedia e Traumatologia
AC 1859

19 10 16



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE RIO BRANCO - AC
Secretaria Municipal da Sade de Rio Branco

Encaminhamento

Encaminhamento

De: FRANCISCO SALES PENA

Paciente: JOAO BREGENSE FILHO

Especialidade: Medico ortopedista e traumatologista

Destino:

Motivo: LESÃO CLAVICULAR DIREITA COM CISTOS ESCLEROSE SUB CONDRAL



Handwritten: R
CRM 2025



Relatório emitido pelo sistema G-MUS
© Inovadora Sistemas de Gestão Ltda.

Usuário: FRANCISCO @ 172.16.0.100
Base: 172.16.0.96 grua_rubrica

05/12/2017 10:37
Página: 1



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE DE RIO BRANCO - AC
Secretaria Municipal da Sade de Rio Branco

Encaminhamento

Encaminhamento

De: FRANCISCO SALES PENA

Paciente: JOAO BREGENSE FILHO

Especialidade: Medico ortopedista e traumatologista

Destino:

Motivo: LESÃO CLAVICULAR DIREITA COM CISTOS ESCLEROSE SUB CONDRAL

Handwritten: R
CRM 2025



Relatório emitido pelo sistema G-MUS
© Inovadora Sistemas de Gestão Ltda.

Usuário: FRANCISCO @ 172.16.0.100
Base: 172.16.0.96 grua_rubrica

05/12/2017 10:37
Página: 1



ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA

SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 2ª REGIONAL - 2ª DPCR

Endereço: VINTE E QUATRO DE JANEIRO Seis de Agosto - 69901-150, Fone: 3223-3943.

OCORRÊNCIA Nº: 569/2016 - Registrado em 1 de Fevereiro de 2016 às 10:08h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 16/12/2015 às 13:44hs, Quarta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: Bujari
 Logradouro: BR 364
 Bairro: ZONA RURAL
 Referência: KM 52 RAMAL LINHA NOVA

Estado: AC
 Nº: CEP:
 Tp de Local: VIA RURAL

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

JOAO BREGENSE FILHO (45), sexo masculino, Brasileira, Convivente, exercendo a profissão de Servente (construção civil), RG Nº: 193004/SSPAC, nascido em 28/04/1970, natural de Sena Madureira - AC, PAI: JOAO BREGENCE e MÃE: MARILZA MONTEIRO BREGENCE, Endereço: VENEZUELA, 280 - Bairro: HABITASA - Rio Branco - AC.

VEÍCULO(S)**TP. DE ENVOLVIMENTO****EXAMES SOLICITADOS**

Placa: MZX-4354
 Renavam: 151818509
 Chassi: 9C2KC15109R023728
 Cor: PRETA
 Modelo/Marca: CG 150 TITAN KS/HONDA
 Ano: 2009/2009
 Proprietário: LUCIANO AGUIAR DE MOURA

Apurar

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA MZX-4354, QUANDO UM PORCO ATRAVESSOU A PISTA DO RAMAL, E O COMUNICANTE/VÍTIMA COLIDIU COM O ANIMAL E COM A COLISÃO O MESMO FOI AO SOLO, QUEBRANDO A CLAVÍCULA. QUE O MESMO FOI POR CONTA PRÓPRIA AO PRONTO SOCORRO ONDE CONSTATOU-SE A FRATURA. QUE O MESMO AINDA PASSARÁ POR CIRURGIA PARA CORREÇÃO DO OSSO FRATURADO.

CLEYLTON VIEIRA DOS SANTOS
 DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

SERGIO-MELO-DE-SOUZA
 ATENDENTE

JOAO BREGENSE FILHO
 COMUNICANTE

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Carta nº: 12672381

A/C: JOAO BREGENSE FILHO

Nº Sinistro: 3180108133
Vítima: JOAO BREGENSE FILHO
Data do Acidente: 16/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BREGENSE FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002278

Conta: 000000026657-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT