

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WHENESON DIAS GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02840-1

CONTA: 000000028075-5

Nr. Autenticação

BRDESCO2311201705000000000023702840000000028075708750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170547295

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WHENESON DIAS GOMES

Data do acidente: 07/05/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de perna direita

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz na face medial do terço proximal da perna direita de 12cm. Deformidade em valgo da perna direita e tornozelo direito. Limitação funcional do joelho e tornozelo direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico em 2 etapas. Inicialmente fixação externa e depois fixação definitiva com haste intramedular. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Sequela anatômica causada pela cicatriz na face medial do terço proximal da perna direita de 12cm, aumento de volume do tornozelo direito e hipotrofia do quadriceps. Sequela funcional causada pela limitação funcional do joelho e tornozelo direito e redução da força muscular do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/11/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Jose Luis Cabanillas

CRM do médico: 483

UF do CRM do médico: AC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2017

Carta nº: 12006909

A/C: WHENESON DIAS GOMES

Nº Sinistro: 3170547295
Vítima: WHENESON DIAS GOMES
Data do Acidente: 07/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AURICELIO SILVA DE ASSIS

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: **WHENESON DIAS GOMES**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **237**

Agência: **000002840-1**

Conta: **0000028075-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): WHENESON DIAS GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Estácio de Sá, 358 - 358 - Rio Branco/AC
- CEP 69911-590

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 0321761 - SEJSC-AC

Data e Local do Exame : 19/11/2017 RUA ALVORADA, 54 - RIO
BRANCO/AC

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Diagnóstico: Fratura exposta de perna direita (segmentar)

Exame Físico: MID: cicatriz da lesão traumática 12 cm. na face medial do terço proximal da perna, deformidade em valgo da perna, aumento de volume da perna, tornozelo valgo e limitação funcional no joelho e tornozelo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? ☒ Sim ☐ Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? ☒ Sim ☐ Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

Evolução: edema de tornozelo e perna direitos, claudicação para a marcha, e limitação funcional do tornozelo e joelho direitos.

Tratamento: cirúrgico em duas oportunidades, inicialmente fixação externa e depois a fixação definitiva com Haste intramedular.

Alta: Julho de 2017.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Anatomica: cicatrizes da lesão, cirurgica na face medial da perna, aumento de volume de tornozelo e perna direita e hipotrofia do quadriceps.

Funcional: limitação funcional do tornozelo e joelho direito e redução da força muscular do membro.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS CRM : 483 / UF :AC



10012

Documento de identidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

UNIDADE TUDO
O TUDO TUDO TUDO
968620804

PROIBIDO PLASTIFICAR
968620804

NOME
AURICELIO SILVA DE ASSIS

RG
10548199 SSP AC

CPF
959.610.032-72

DATA NASCIMENTO
07/12/1988

PLACAO
MANOEL CORREIRO DE
ASSIS
RAIR NUNISTO DA SILVA

PERMISSAO
AC

VALIDADE
25/11/2014

EMISSAO
09/08/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL
RIO BRASCO - AC

DATA EMISSAO
27/11/2014

SERVIÇO
Serviço de Segurança Pública
Estado de Acre

ASSINATURA DO DETENTOR

ASSINATURA DO EMISSOR

NUMERO DE IDENTIFICACAO
96200041232
AC405862045

Investprev
Seguros e Previdência S.A.

09 OUT. 2017

CNPJ: 17.479.056/0004-16

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNAÇÃO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 84638
 Número do CNS.....: 706509366096690
 Nome.....: WENESON DIAS GOMES
 Documento.....: 0321761RC Tipo :
 Data de Nascimento: 2/01/1980 Idade: 37 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsável.....: FRANCISCO FERREIRA GOMES
 Nome da Mãe.....: ELIZABETH DIAS GOMES
 Endereço.....: TRAV 3 MENINAS Q 7 CASA 00064 VILA DE SAMU
 Bairro.....: MONTANHEZ Cep.: 99999-999
 Telefone.....: 00000999012122
 Município.....: 1200401 - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

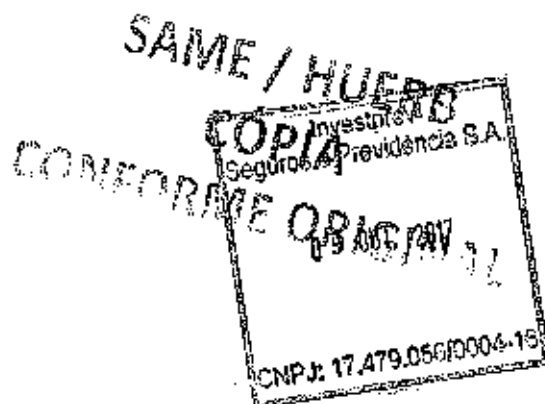
DADOS DA INTERNAÇÃO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. de ER: 2450516
 Clínica.....: 008 CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0032
 Data da Internação: 07/05/2017
 Hora da Internação: 22:30
 Médico Solicitante: 509.704.452-53 - LUIZ GUILHERME RIBALDO OKIMURA
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnóstico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
 Dt.Hr Saída:
 Especialidade:
 Tipo de Saída:
 CID Principal:
 CID Secundário:
 Principal:
 Secundário:
 Outro:

121 710 017 753 - 5





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

Ministério da Saúde		SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2.1 - CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERR				2.001578	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE				4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Wheneron da Silva Gomes				89638	
7 - ENDEREÇO DO PACIENTE				8 - DATA DE NASCIMENTO	
				02/01/1980	
9 - SEXO				10 - DATA DE NASCIMENTO	
MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>					
11 - NOME DA MÃE				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
Elizabeth R. Dias Gomes					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BAIRRO)				16 - CID - CID 10	
Trav. 3 de Novembro G. 7 Cam. 04 Montanhes					
17 - COD. BGE MUNICÍPIO				18 - UF	
R. Branco				AC	
19 - CEP					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS E HISTÓRIA				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Paciente atende a uma dor no abdômen mobilizável a palpitação exposta em massa, inflexão da borda e indurados.					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Cirurgia					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame físico - normal					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL				24 - CID 10 PRINCIPAL	
Fístula abdominal					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO				26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
27 - DATA DE INÍCIO DO SINTOMA				28 - DATA DE INÍCIO DO SINTOMA	
29 - CID 10				30 - CID 10	
31 - DOCUMENTO				32 - Nº DO DOCUMENTO	
33 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				34 - ASSINATURA	
35 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				36 - ASSINATURA	
37 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				38 - ASSINATURA	
39 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				40 - ASSINATURA	
41 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - ASSINATURA	
43 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				44 - ASSINATURA	
45 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				46 - ASSINATURA	
47 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				48 - ASSINATURA	
49 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				50 - ASSINATURA	
51 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				52 - ASSINATURA	
53 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				54 - ASSINATURA	
55 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				56 - ASSINATURA	
57 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				58 - ASSINATURA	
59 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				60 - ASSINATURA	
61 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				62 - ASSINATURA	
63 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				64 - ASSINATURA	
65 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				66 - ASSINATURA	
67 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				68 - ASSINATURA	
69 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				70 - ASSINATURA	
71 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				72 - ASSINATURA	
73 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				74 - ASSINATURA	
75 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				76 - ASSINATURA	
77 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				78 - ASSINATURA	
79 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				80 - ASSINATURA	
81 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				82 - ASSINATURA	
83 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				84 - ASSINATURA	
85 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				86 - ASSINATURA	
87 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				88 - ASSINATURA	
89 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				90 - ASSINATURA	
91 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				92 - ASSINATURA	
93 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				94 - ASSINATURA	
95 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				96 - ASSINATURA	
97 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				98 - ASSINATURA	
99 - DATA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				100 - ASSINATURA	

SAME / HUERR
CÓPIA
CONFIRME ORIGINAL

13/03/2017
05 OUT. 2017
165

As 23:45 hs, conforme admissão no
centro cirúrgico, acordado, tendo
sempre, para procedimento cirú-
rgico.

Maria José Monteiro
Enfermeira
COREN 17726

SANE / HCLD
COPIA
CONFORME ORIGINAL



MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

84638

No. DO BE: 2450516 DATA: 07/05/2017 HORA: 22:10 USUARIO: OLIVIA
CNS: 706 509366 096890 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WHENESON DIAS GOMES DOC.: 0321761RG
 IDADE: 37 ANOS NASC: 02/01/1980 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: TRAV 3 MENINAS Q 7 CASA NUMERO: 4
 COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO: MONTANHES
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: -
 NOME PAI/MAE: FRANCISCO FERREIRA GOMES /ELIZABETH DIAS GOMES
 RESPONSÁVEL: IRMA-IRIS DIAS TEL.: 999012122
 PROCEDENCIA: CENTRO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL: SJM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: 150x90 mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC 94] SPO2 98%
 EXAM. COMPL. [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA
 SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: *paciente quadricul, acidente de transito, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma de fogo, ferimentos por arma de fogo*

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

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

DIAGNOSTICO: *fratura de fêmur*

CID:

fratura de fêmur

HORARIO DA MEDICACAO

SANTO PHUERO

CÓPIA

CONFIRME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

Luis Okim

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

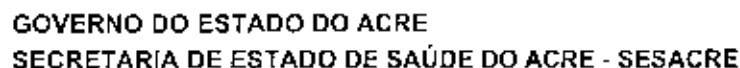
Médico

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA CRM-AC ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

22:10HS Admitido na sala de emergência com queixa de dor no membro inferior direito, realizado A.U. e posterior avaliação ortopédica
 realizado RAO X e posterior avaliação ortopédica



22

HUERE
 Hospital de Mujeres
 Hospital de F. B. B.

PACIENTE

WHENESON DIAS GOMES

IDADE

.37

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DT: 07/05/2017 DT: 07/05/2017 FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8/H 5. PLASIL 13MG EV DILUIDO 8/8 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO 7. CURATIVO 1X/DIA 8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA 9. CARTORRIL 25MG VO SE PASSAR 180G UPA 3100mg 10. CUIDADOS GERAIS 11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS	10:16:22	7:00 - paciente eupneico, calmo, comunicativo, realizado limpeza corporal e auxílio de acompanhante feito curativo e observação presença secreção sangüinolenta sem odor. Dieta intacta oferecida, sem queixos. T.E. Vânia Coruja AC 437603 16:00 - Paciente eupneico, calmo, comunicativo, dieta intacta, verificada P.A = 130x90 mmHg. Sem queixos. T.E. Vânia Coruja AC 437603

estou o paciente com
modo rápido em
acentuação, sem FHT
sem medicação CP - 2 U₂
sem medicação, 1/4 1/2 OX Romulid
TRA S. 2



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

digitado e impresso em: 09/05/2017 às 11:08:21



REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO
WHENESON DIAS GOMES 37 CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B 176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 07/05/2017	1. DIETA VO LIVRE SND		8h - Realiza do banho
DT: 07/05/2017	2. SF 0,9% 500ML IV 8/8/H 50/0 500		8h - Realiza do de as-
FX SEGMENTAR DE TIBIA E FIBULA DIREITA/ FRATURA EXPOSTA	3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10/16 22.04		14:00 - Troca de
FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA	4. TRAMAI 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/H S/N		Roupas de cama
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N		Func. f. presentes -
	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA DU 04		Quadro clínico es-
	OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)		tavel. PA: 100x60
	7. CURATIVO 1X/DIA		mmHg. Tec. Riso
	8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA		com 43T660 -
	9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100mmHg.		8h. acirfa as dietas
	10. CUIDADOS GERAIS		func. f. presentes
	11. CI EXANE 40 MG SC 1 X DIA 16		Tec. Riso ki de
	12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS 10/16 22.04		com 43T660 -
			04.30 de. PA = 120x90 mmHg.
			fai medicado com curita -
			no momento micção presente
			tec. Urasan 980 a raras.
			718.982

CONFORME ORIGINAL
CÓPIA
SAME / HUEB

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 2175



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	WHENESON DIAS GOMES	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI: 07/05/2017</p> <p>DT: 07/05/2017</p> <p>FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA/ FRATURA EXPOSTA</p> <p>FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>LND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H <i>500 + 500</i></p> <p>3. DÍPIRONA 1GR EV DILUÍDO 6/6/H <i>10. 16. 22. A</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N <i>10. 16. 22. A</i></p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUÍDO 8/8 S/N <i>4</i></p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>4</i> OU OMEPRAZOL 20MG VO <i>(SE NÃO TIVER EV)</i></p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA <i>4</i></p> <p>8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA</p> <p>9. CAROTIDOPRIL 25MG VO SE PAS 180 OU PAS 100mmHg</p> <p>10. CUIDADOS GERAIS</p> <p>11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA <i>16</i></p> <p>12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS <i>10. 16. 22. 4</i></p> <p><i>CONFORME ORIGINAL</i></p> <p><i>SAME / HUERB</i></p> <p><i>CÓPIA</i></p> <p><i>Felipe Henrique de M. Dutra</i> <i>PRM Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 1166</i></p>		<p><i>As 9:30 h. orientado</i> <i>lícido, arcos a d. do</i> <i>afunilado, tomou banho</i> <i>de espregui, realizado</i> <i>curativo, funções físico</i> <i>loquaz normal. Tm</i> <i>plurifiso</i></p> <p><i>As 16:00 h. por Fodre</i> <i>o membro fratura</i> <i>clínico, não refre</i> <i>que no momento</i> <i>31. 20. 30. 0 ml. fco</i> <i>plurifiso</i></p> <p><i>31/05/17 as 14:00 h. por</i> <i>intubado após 12</i> <i>substância em</i> <i>avido no man</i> <i>nto clâmico. 12</i> <i>acutou a d. do A 120x</i> <i>70 mm Hg. Te clâmico</i> <i>com 38,5°C</i></p>



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	WHENESON DIAS GOMES	37	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI: 07/05/2017</p> <p>DT: 07/05/2017</p> <p>FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA/ FRATURA EXPOSTA</p> <p>FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE VO</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H 500 + 500</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 10:16:00:4</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO SE NÃO TIVER EV</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA</p> <p>9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 180 OU PAD > 100mmHg</p> <p>10. CUIDADOS GERAIS</p> <p>11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 10:16:00:4</p> <p>12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS</p>		<p>7:00 às 18:00 hrs -</p> <p>cliente apático, apático, calmo, com uncativo, realizado banho de aspersão e auxílio da acompanhante, trocado roupa privativas, pito cardíaco oclusivo sem presença de ruído e color, aceita dieta oferecida</p> <p>F.F. normal, verificado PA = 120x70 mmHg</p> <p>Sem queixas. T.E.</p> <p>Vânia com 43 anos</p> <p>os 50% paciente ac...</p>

CONFIRMAR
CÓPIA

SAÚDE / HURB

Felipe Henrique de M. Dutra
RBM Ortopedia e Traumatologia
CRM 20105

03 OUT 2017

02/05/2017

Realizado atendimento

Quando foi...

Almeida de Souza Perinópolis

Psicóloga

CRP: 20/06587 AC



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	WHENESON DIAS GOMES	37	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI: 07/05/2017</p> <p>DT: 07/05/2017</p> <p>FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA/ FRATURA EXPOSTA</p> <p>FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE <i>SND</i></p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12H <i>500 + 500</i></p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H <i>10: 16: 22: 4</i></p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100MI SF 0,9% EV 8/8H <i>S/N</i></p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 <i>(S/N)</i></p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <i>4</i> OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA <i>9</i></p> <p>8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA</p> <p>9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100mmHg</p> <p>10. CUIDADOS GERAIS</p> <p>11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA <i>16</i></p> <p>12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS <i>10: 16: 22: 4</i></p>		<p>das 07:00hs as 19:00hs</p> <p>Paciente estável, com comunicação satisfatória, deambulando com auxílio de familiares, não apresenta náuseas no período, acatando bem a dieta oferecida, funções fisiológicas presentes, tomou banho de chuveiro, trocou lençol de cama e roupa íntima.</p> <p>Dee Enf.º <i>Przenilda</i></p> <p>com <i>525382</i></p> <p>04:00 - Evolui afebril, supracito, calmo, comunicativo, dormiu bem durante período.</p> <p>PA: <i>120x80 mmHg</i></p>

COPIA ORIGINAL

CAVITE / HUERB
CÓPIA

Felipe Henrique de M. Dutra
PELA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/AC 2336

sem queixas. T-G.

Viaje Casuarie 437603



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

digitado e impresso em: 13/05/2017 às 10:04:55



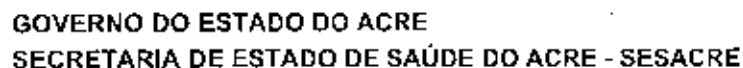
REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	WHENESON DIAS GOMES	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 07/05/2017	1. DIETA VO LIVRE	500	Após 10:00h paciente em
DT: 07/05/2017	2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H	500	controle sem dor total
FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA	3. DÍPIRONA 1GR EV DILUIÇÃO 6/6/H	16/16 22 04	mo, eufórico, afeto
DIREITA/ FRATURA EXPOSTA	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N		tomou banho de esponja
FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM	5. PLASIL 10MG EV DILUIÇÃO 8/8 7 S/N		com auxílio
FOCO DA FRATURA	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	08	de quem com paciente trocou
	OU	09	de lençol + roupas
	OMEPRAZOL 20MG VO (SF NÃO FIVER EV)		primárias de alta
	7. CURATIVO 1X/DIA		curativo foi modificado
	8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA		V.P.M.
	9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100mmHg		
	10. CUIDADOS GERAIS		
	11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA	16	
	12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS	16 16 22 04	Após 16:00h paciente

CONFORME ORIENTAÇÃO
SAMUEL RODRIGUES

Felipe Henrique de Souza
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM 150.000

Após 16:00h paciente
segue sem dor total
eufórico, afeto, bem
disposto C.P.M. não
reclama queixa F.F.P.P.A.
120x80 mm Hg
04:50 P.M. PA = 120x80 mmHg
fui modificado o referencial
analisado no momento não há
res. Urina: 200 ml (até 17:00)



digitado e impresso em: 14/05/2017 às 10:42:30



REGISTRO

PACIENTE

WHENESON DIAS GOMES

IDADE

[37]

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DI: 07/05/2017	1. DIETA VO LIVRE	S/N	10/2 paciente pelo
DT: 07/05/2017	2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H	500 500	manhã foi rea-
FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA/ FRATURA EXPOSTA	3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H	10 10 22 04	lizado sucrostatio
FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA (AGUARDAR MELHORA DAS PARTES MOLES) (14/05/2017)	4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8/H S/N		re e su pone
	5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 ? S/N		no artilho do
	6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NÃO TIVER EV)	OK	fixado para
	7. CURATIVO 1X/DIA	OK	10/2 paciente com
	8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA		que o artilho
	9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100 mmHg		informou o
	10. CUIDADOS GERAIS		mesmo
	11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA	10 10 22 04	PA 130 mmHg
	12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS		15/5/2017 a

CONFORME Cópia Original

09 OUT. 2017

CNPJ: 17.479.056/0004-11

Investigação e Replicação S.A.

Felipe Henrique de M. Dutra

PRM Ortopedia e Traumatologia

CRM/AC 2106

10/2 paciente pelo

manhã foi rea-

lizado sucrostatio

re e su pone

no artilho do

fixado para

10/2 paciente com

que o artilho

informou o

mesmo

PA 130 mmHg

15/5/2017 a

6/4 em unidade

quixos da na pé

afeto da PA 130 x 60

em Hg paucis f. de

men 10/2

com 360 x 73



REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
	WHENESON DIAS GOMES	37	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	176

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DI: 07/05/2017</p> <p>DT: 07/05/2017</p> <p>FX SEGMENTAR DE TÍBIA E FIBULA DIREITA/FRATURA EXPOSTA</p> <p>FIXADOR EXTERNO/DRENAGEM EM FOCO DA FRATURA (AGUARDA MELHORA DAS PARTES MOLES) (14/05/2017)</p> <p>SOLICITADO LABORATORIAIS (14/05/2017)</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE SND</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H - 500 + 500</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H - 30.16.22.4</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SIN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA - 4 OU OMEPRAZOL 20MG VO (SF NÃO TIVER EV)</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA 9</p> <p>8. MEMBRO ELEVADO INFERIOR DIREITA</p> <p>9. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 OU PAD > 100mmHg</p> <p>10. CUIDADOS GERAIS</p> <p>11. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA - 16</p> <p>12. CEFALOTINA 1 GRAMA EV 6/6 HRS - 30.16.22.4</p>		<p>Pac tomou banho de aspersão com auxílio + troca de roupa de cama 16:00hs, Pac não refere queixas, aceita alimentação, funções fisiológicas normais</p> <p>Te marig</p> <p>04:30 de PM = 120 x 70 mmHg</p> <p>4. ai medido o mircas P -</p> <p>n referiu queixa no momento, t.c. - 17.80 g/l;</p> <p>cor 718.982.</p> <p>17/05/2017</p> <p>Pct estável, consci-</p> <p>ente, cooperativo,</p> <p>afetado, não referir alge-</p> <p>ria, sem dor, apresenta</p> <p>sem a dieta oferecida</p> <p>funções fisiológicas</p> <p>estáveis.</p>

SAÚDE / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

TRANSFERÊNCIA
HOSPITAL DAS
CLÍNICAS

Felipe Henrique de M. Dutra
CRM Otorrinolaringologista
CRM/AC 2105

7:30 Paciente transferido da
linha Cirurgica B do Herb
para hospital das Clinicas
para continuacao do trata-
mento. Ac. Exp. chuva forte

Gloria L. de A. Mendes
Enfermeira
CORENAC - SP 339

CONFIRMADO
CÓPIA
SERIE 11111111



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE
Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HU ERB
CENTRO CIRURGICO

HORA DE CHEGADA 23:45 SALA 01 DATA: 07/05/17
NOME DO PACIENTE Albuquerque Duan Gomes IDAD 37
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATORIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTRAS ()
INÍCIO DA ANESTESIA: 00:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 01:30
PROCEDIMENTO REALIZADO: fixador externo mt D
INÍCIO DA CIRURGIA: 00:50 TÉRMINO DA CIRURGIA: 01:20
CIRURSIÃO: Dr. Marcelly Dr. Daniel AUXILIARIES: Dr. marcondes
ANESTESISTA: Dr. Bruno Dr. Waldeya INSTRUMENTADOR: Solenno
CIRCULANTE: Andriua, Fatima ENF: Maria Gore

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA ESC. Nº 1	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA SI VASO	ALCOOL 70% 300 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA CI VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
COLAGENASE	AGULHA TRAQUE 24 l	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIOVAL	FURADEIRA
DIPIRONA	ASPIRADOR	GASES 250 mm
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GEL FOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURIA ELÉTRICO	KIT DRENÓ DE TORAX N
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA C. COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA PI ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
CEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KE TALAR	CATETER NASAL T. OCULOS	LÂMINAS DE BISTURIA
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS PI PROCEDIMEN
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAC	MALHA TUBULAR
MANTOL	C. TRAQ. OSTOMIA Nº	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO PI PACOTE ÓBITO
PAVALON	COMPRESSA CIRÚRGICA 20	POVIDONE DEGERMANT
PROPOFOL	DRENÓ DE PENROSE Nº	RODINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS	RODINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO F. SORO	SCALP Nº
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DECONTAM	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0.9%	ESPARADIAPO	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADIAPO MICROPOR	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 5 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 20 ML
TRIAMIL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SONDA NASOGÁSTRIC
VOLUVEN 6%	FITA CARGADA	SONDA PI ASPIRAÇÃO
	FIO DE KILSCHNER	SONDA RETAL
	FIO MONONYLON 30 l	SONDA URETRAL
	FIO SUTURACK	SONDA FOLLEY
	FIO CATGUT C.	TELA DE MAELEX
	FIO CATGUT S.	

COPIA ORIGINAL
HU ERB
17.479.056/0001-16
OUT. 2017

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

UNIDADE: _____

RELATÓRIO
DE
CIRURGIANome do Paciente Wilverton dos SantosIdade: 38 Observação: _____Diagnóstico pré-operatório: Fratura momentânea do osso da
perna direita

Cirurgia proposta: _____

Diagnóstico definitivo: o mesmoCirurgia realizada: hêmipese cirúrgica + fixação
externa + imobilização funcional

Data

07/05/17

Cirurgião

Dr. Marcelo Pimenta

1º Auxiliar

Dr. André

2º Auxiliar

Dr. Monarale

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Munro / Dr. Walidys

Anestesia

halothano + nitrogênio

Acidentes durante o ato cirúrgico

☐ Sim☒ Não

Descrição _____

Biopsia de congelação

☐ Sim☒ Não

Diagnóstico patológico: _____

SAME / HUERB
CÓPIA

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

☒ Enfermaria☐ CT☐ Residência☐ Óbito

CONFORME ORIGINAL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Paciente em 20H sob anestesia

2) Hêmipese + fixação + colocação de campo estéril

3) Incisão em forma de U sobre a região da perna direita

4) Hêmipese + fixação + colocação de campo estéril

5) Colocação dos fios de Schanz + colocação do

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Pinoscher externo (35mm)

6) Sutura do pele + Cuplato externo

SAME / HULND

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Data

08/05/17

Assinatura do Cirurgião

Dr. Fernando A. Ferreira
Ped. Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 1933

CRM



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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: WUENESON DASS GOMES		Idade: 37		Sexo: M		Cor:		Registro / BE: 2430516	
Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CC8 <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI									
Vtira	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tem (°C)	Sal O ₂ (%)	Grupo Sangu:	Fator Rh	
Im	HL	Hb	Leuco	Glicose	Ureia	Creatinina	BT / BD / BI	TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório:									
Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite		MV:		ECG: SINUS BR		Apgrias: NEGA		Complacência:	
Ap. Digestivo/Dentes				Pescoço			Peças Dent.		
Ap. Urinário: 3 / 8000A				Drogas em Uso:					
Estado Mental: LOTG				ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 <input type="checkbox"/> 32 <input type="checkbox"/> 33 <input type="checkbox"/> 34 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 38 <input type="checkbox"/> 39 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 47 <input type="checkbox"/> 48 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> 52 <input type="checkbox"/> 53 <input type="checkbox"/> 54 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 56 <input type="checkbox"/> 57 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 59 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 62 <input type="checkbox"/> 63 <input type="checkbox"/> 64 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 66 <input type="checkbox"/> 67 <input type="checkbox"/> 68 <input type="checkbox"/> 69 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 71 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 73 <input type="checkbox"/> 74 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> 77 <input type="checkbox"/> 78 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 81 <input type="checkbox"/> 82 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84 <input type="checkbox"/> 85 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 87 <input type="checkbox"/> 88 <input type="checkbox"/> 89 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 91 <input type="checkbox"/> 92 <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 94 <input type="checkbox"/> 95 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 97 <input type="checkbox"/> 98 <input type="checkbox"/> 99 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 101 <input type="checkbox"/> 102 <input type="checkbox"/> 103 <input type="checkbox"/> 104 <input type="checkbox"/> 105 <input type="checkbox"/> 106 <input type="checkbox"/> 107 <input type="checkbox"/> 108 <input type="checkbox"/> 109 <input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 111 <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> 114 <input type="checkbox"/> 115 <input type="checkbox"/> 116 <input type="checkbox"/> 117 <input type="checkbox"/> 118 <input type="checkbox"/> 119 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 121 <input type="checkbox"/> 122 <input type="checkbox"/> 123 <input type="checkbox"/> 124 <input type="checkbox"/> 125 <input type="checkbox"/> 126 <input type="checkbox"/> 127 <input type="checkbox"/> 128 <input type="checkbox"/> 129 <input type="checkbox"/> 130 <input type="checkbox"/> 131 <input type="checkbox"/> 132 <input type="checkbox"/> 133 <input type="checkbox"/> 134 <input type="checkbox"/> 135 <input type="checkbox"/> 136 <input type="checkbox"/> 137 <input type="checkbox"/> 138 <input type="checkbox"/> 139 <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 141 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 143 <input type="checkbox"/> 144 <input type="checkbox"/> 145 <input type="checkbox"/> 146 <input type="checkbox"/> 147 <input type="checkbox"/> 148 <input type="checkbox"/> 149 <input type="checkbox"/> 150 <input type="checkbox"/> 151 <input type="checkbox"/> 152 <input type="checkbox"/> 153 <input type="checkbox"/> 154 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> 156 <input type="checkbox"/> 157 <input type="checkbox"/> 158 <input type="checkbox"/> 159 <input type="checkbox"/> 160 <input type="checkbox"/> 161 <input type="checkbox"/> 162 <input type="checkbox"/> 163 <input type="checkbox"/> 164 <input type="checkbox"/> 165 <input type="checkbox"/> 166 <input type="checkbox"/> 167 <input type="checkbox"/> 168 <input type="checkbox"/> 169 <input type="checkbox"/> 170 <input type="checkbox"/> 171 <input type="checkbox"/> 172 <input type="checkbox"/> 173 <input type="checkbox"/> 174 <input type="checkbox"/> 175 <input type="checkbox"/> 176 <input type="checkbox"/> 177 <input type="checkbox"/> 178 <input type="checkbox"/> 179 <input type="checkbox"/> 180 <input type="checkbox"/> 181 <input type="checkbox"/> 182 <input type="checkbox"/> 183 <input type="checkbox"/> 184 <input type="checkbox"/> 185 <input type="checkbox"/> 186 <input type="checkbox"/> 187 <input type="checkbox"/> 188 <input type="checkbox"/> 189 <input type="checkbox"/> 190 <input type="checkbox"/> 191 <input type="checkbox"/> 192 <input type="checkbox"/> 193 <input type="checkbox"/> 194 <input type="checkbox"/> 195 <input type="checkbox"/> 196 <input type="checkbox"/> 197 <input type="checkbox"/> 198 <input type="checkbox"/> 199 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 201 <input type="checkbox"/> 202 <input type="checkbox"/> 203 <input type="checkbox"/> 204 <input type="checkbox"/> 205 <input type="checkbox"/> 206 <input type="checkbox"/> 207 <input type="checkbox"/> 208 <input type="checkbox"/> 209 <input type="checkbox"/> 210 <input type="checkbox"/> 211 <input type="checkbox"/> 212 <input type="checkbox"/> 213 <input type="checkbox"/> 214 <input type="checkbox"/> 215 <input type="checkbox"/> 216 <input type="checkbox"/> 217 <input type="checkbox"/> 218 <input type="checkbox"/> 219 <input type="checkbox"/> 220 <input type="checkbox"/> 221 <input type="checkbox"/> 222 <input type="checkbox"/> 223 <input type="checkbox"/> 224 <input type="checkbox"/> 225 <input type="checkbox"/> 226 <input type="checkbox"/> 227 <input type="checkbox"/> 228 <input type="checkbox"/> 229 <input type="checkbox"/> 230 <input type="checkbox"/> 231 <input type="checkbox"/> 232 <input type="checkbox"/> 233 <input type="checkbox"/> 234 <input type="checkbox"/> 235 <input type="checkbox"/> 236 <input type="checkbox"/> 237 <input type="checkbox"/> 238 <input type="checkbox"/> 239 <input type="checkbox"/> 240 <input type="checkbox"/> 241 <input type="checkbox"/> 242 <input type="checkbox"/> 243 <input type="checkbox"/> 244 <input type="checkbox"/> 245 <input type="checkbox"/> 246 <input type="checkbox"/> 247 <input type="checkbox"/> 248 <input type="checkbox"/> 249 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 251 <input type="checkbox"/> 252 <input type="checkbox"/> 253 <input type="checkbox"/> 254 <input type="checkbox"/> 255 <input type="checkbox"/> 256 <input type="checkbox"/> 257 <input type="checkbox"/> 258 <input type="checkbox"/> 259 <input type="checkbox"/> 260 <input type="checkbox"/> 261 <input type="checkbox"/> 262 <input type="checkbox"/> 263 <input type="checkbox"/> 264 <input type="checkbox"/> 265 <input type="checkbox"/> 266 <input type="checkbox"/> 267 <input type="checkbox"/> 268 <input type="checkbox"/> 269 <input type="checkbox"/> 270 <input type="checkbox"/> 271 <input type="checkbox"/> 272 <input type="checkbox"/> 273 <input type="checkbox"/> 274 <input type="checkbox"/> 275 <input type="checkbox"/> 276 <input type="checkbox"/> 277 <input type="checkbox"/> 278 <input type="checkbox"/> 279 <input type="checkbox"/> 280 <input type="checkbox"/> 281 <input type="checkbox"/> 282 <input type="checkbox"/> 283 <input type="checkbox"/> 284 <input type="checkbox"/> 285 <input type="checkbox"/> 286 <input type="checkbox"/> 287 <input type="checkbox"/> 288 <input type="checkbox"/> 289 <input type="checkbox"/> 290 <input type="checkbox"/> 291 <input type="checkbox"/> 292 <input type="checkbox"/> 293 <input type="checkbox"/> 294 <input type="checkbox"/> 295 <input type="checkbox"/> 296 <input type="checkbox"/> 297 <input type="checkbox"/> 298 <input type="checkbox"/> 299 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 301 <input type="checkbox"/> 302 <input type="checkbox"/> 303 <input type="checkbox"/> 304 <input type="checkbox"/> 305 <input type="checkbox"/> 306 <input type="checkbox"/> 307 <input type="checkbox"/> 308 <input type="checkbox"/> 309 <input type="checkbox"/> 310 <input type="checkbox"/> 311 <input type="checkbox"/> 312 <input type="checkbox"/> 313 <input type="checkbox"/> 314 <input type="checkbox"/> 315 <input type="checkbox"/> 316 <input type="checkbox"/> 317 <input type="checkbox"/> 318 <input type="checkbox"/> 319 <input type="checkbox"/> 320 <input type="checkbox"/> 321 <input type="checkbox"/> 322 <input type="checkbox"/> 323 <input type="checkbox"/> 324 <input type="checkbox"/> 325 <input type="checkbox"/> 326 <input type="checkbox"/> 327 <input type="checkbox"/> 328 <input type="checkbox"/> 329 <input type="checkbox"/> 330 <input type="checkbox"/> 331 <input type="checkbox"/> 332 <input type="checkbox"/> 333 <input type="checkbox"/> 334 <input type="checkbox"/> 335 <input type="checkbox"/> 336 <input type="checkbox"/> 337 <input type="checkbox"/> 338 <input type="checkbox"/> 339 <input type="checkbox"/> 340 <input type="checkbox"/> 341 <input type="checkbox"/> 342 <input type="checkbox"/> 343 <input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/> 345 <input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/> 347 <input type="checkbox"/> 348 <input type="checkbox"/> 349 <input type="checkbox"/> 350 <input type="checkbox"/> 351 <input type="checkbox"/> 352 <input type="checkbox"/> 353 <input type="checkbox"/> 354 <input type="checkbox"/> 355 <input type="checkbox"/> 356 <input type="checkbox"/> 357					

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. VACOWS UNILAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.65908670 - Tel.: 221-1080
CGC - 04.034.526/0002-24

176

Paciente.: WERNESON DIAS GOMES (EME)
Requisicao: 17.PC.2.006623
Num. do BR: 02450516

Idade.: 37A
Requis.: 15/05/2017

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: FELIPE HENRIQUE DE MEDEIROS DUTRA

Cons. Regional: 2106

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

ERITROGRAMA

Hemácias (mm ³ (mm ³))....	4,33	mm ³	VR: 4,5 a 6,0 M: 4 a 5 milhões/mm ³
Hematócrito.....	13,00	g/dL	VR: 11,1 a 16 M: 12 a 16 g/dL
Hematócrito.....	40,00	%	VR: 11,2 a 52 M: 17 a 48 %
VCM.....	92,10	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	10,10	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	12,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos Globais.....	12.000	/mm ³	VR: 5.000 a 10.000 /mm ³
Eosinófilos.....	0	%	VR: 0 a 4 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Eosinófilos.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Vitelo.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Neutrófilos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Basófilos.....	2	%	VR: 0 a 3 %
Valor Absoluto.....	250	mm ³	
Linfócitos.....	72	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	9.000	mm ³	
Linfócitos.....	20	%	VR: 27 a 35 %
Valor Absoluto.....	2.500	mm ³	
Monócitos.....	0	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	150	mm ³	
Plaquetas.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm ³	
Observações.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE JASPER DA SILVA-CRT RO/AC 41 15/05/17 às 19:06 Coleta: 15/05/17 às 12:15. Via Impressa: 15/05/17

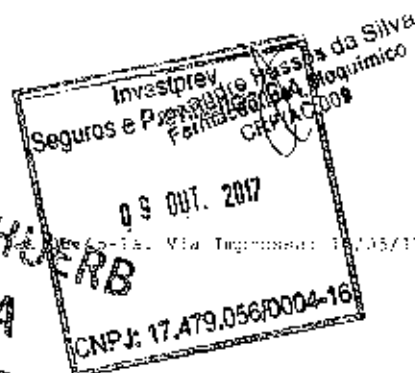
COAGULOGRAMA

SAME / HUERB
CÓPIA
FORME ORIGINAL

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	11:00 MIN	VR: 1 a 3 minutos
Tempo de Coagulação.....	01:00 MIN	VR: 2 a 10 minutos
Contagem de Plaquetas.....	281.000	/mm ³ VR: 150 a 400.000 /mm ³

Liberado por: ALEXANDRE JASPER DA SILVA-CRT RO/AC 41 15/05/17 às 09:08 Coleta: 15/05/17 às 05:45 Im. Via Impressa: 15/05/17





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: dor na perna direita

História da Doença Atual: Paciente vítima de ac. automobilístico com dor na perna direita. Apresenta lesões cutâneas contusas na região antero-medial da perna direita.

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: dor e dificuldade para deambular.

Diagnóstico Provisório: Fratura exposta fragmentos dos ossos da perna direita.

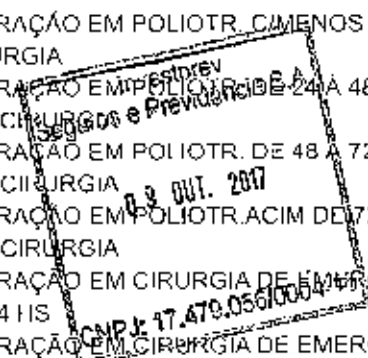
Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: 39 /

11-ALTA CURA
12-ALTA MELHORADA
13-ALTA INALTERADA
14-ALTA PEDIDO
15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
16-ALTA ADMINISTRATIVA
17-ALTA POR INDISCIPLINA
18-ALTA POR EVASÃO
19-ALTA P/ COMPL. EM REG. IME 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/ FISIOTERAPIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSQUIATRIA
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 NECRÓPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
42-ÓBITO COM NECRÓPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
43-ÓBITO COM NECRÓPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECRÓPSIA C/ PERM. REC. NASC.

51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. COMENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 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 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 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

SAME
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL






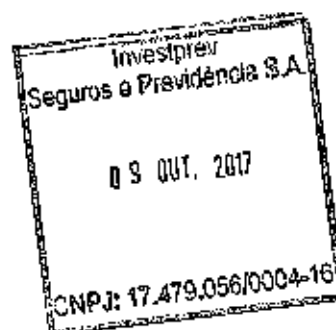
(Ap. selado final)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que a ocorrência de nº 1705070121, de 07/05/2017, às 21:40 horas, registrada pelo SAMU como: **COLISÃO CARRO-X-MOTO**, com 01 vítima, refere-se ao paciente **WHENESON DIAS GOMES**, 37 anos.

Rio Branco, 05 de setembro de 2017.


Mônica Valéria N. de Lima Santiago
Gerente Administrativa
Decreto nº 111/2015



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 05/09/2017 Hora emissão: 14:24 Operador:	
Nº da Ocorrência 1705070121	Ord. Vítimas 1	DIHr Início: 07/05/2017 21:40 DIHr Término: 07/05/2017 22:43	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO CARRO X MOTO		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: GILMAR
End.: R. PERNAMBUCO 1233/9999
Bairro: BOSQUE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: NA CRUZ DO CANAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone do Solicitante: (68) 999819245 Quxxa: COLISÃO	Origem da Ligação: V.A. PÚBLICA
--	---------------------------------

VÍTIMAS

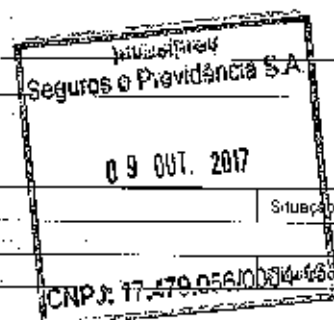
Vítima 1	Nome: WERMERSON DIAS GOMES	Idade: 22 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS	Documento:
	Endereço:		

AValiação NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA Data/Hora: 07/05/2017 22:43 Avaliação: PCTE COM FX EXPOSTA EM MIE. SINAIS VITAIS ESTÁVEIS E NORMAIS. CONDUZ DO SEM INT. E OCORRÊNCIAS AO HUERB
Vítima 1	Profissional: GIOVANNI BALDY CASSEB Data/Hora: 07/05/2017 21:44 Avaliação: solicitante informa vítima de colisão carro x moto ao solo com ferimento na perna

AValiação ESTRUTURADA**DECISÃO TÉCNICA**

Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA Data/Hora: 07/05/2017 22:43 Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: JOSE LUNA Data/Hora: 07/05/2017 22:43 Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUERB Profissional: JOSE LUNA Data/Hora: 07/05/2017 22:43 Intercorrência: Observação:	Situação: F Situação: F Situação: F
-------------	--	---



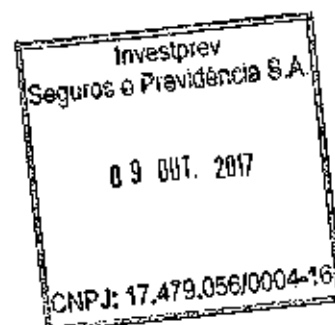
Vítima 1	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 07/05/2017 22:43	Situação: F
	Decisão: ENMO DE VEÍCULO		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 07/05/2017 22:43	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: JOSE LUNA	Data/Hora: 07/05/2017 22:43	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ 1	Veículo: USB 07 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 07/05/2017 21:46
	Dt/Hr.: Saída Base: 07/05/2017 22:02	Dt/Hr.: Chegada Local: 07/05/2017 22:02
	Dt/Hr.: Saída Local: 07/05/2017 22:02	Dt/Hr.: Chegada Destino: 07/05/2017 22:02
	Dt/Hr.: Saída Destino: 07/05/2017 22:12	Dt/Hr.: Chegada Base: 07/05/2017 22:30

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	07/05/2017 21:40		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	07/05/2017 21:41	THALITA DE LIMA RAMOS	GIOVANNI BADOY CASSEB
GIOVANNI BADOY CASSEB	07/05/2017 21:53	GIOVANNI BADOY CASSEB	EM FILA



15h - 039.25.117



DETRAN
ACRE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

GOVERNO DO
Povo do Acre
SERVIÇO DE TODO CORAÇÃO

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

082113

NÚMERO FOLHA

02 RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA

R. Pernambuco

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

05 PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...

Cruz. R. Via Parque

06 HORA DA OCORRÊNCIA

02.00

07 ZONA RURAL / URBANA

☐ RURAL ☒ URBANA

08 DATA

01/10/17

09 DIA DA SEMANA

Domingo

10 NATUREZA DO ACIDENTE

ATROPELAMENTO ☐ 1

COLISÃO ☒ 3

TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5

CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7

OUTRA (ESPECIFICAR) ☐ 9

11 TIPO DE PAVIMENTO

ASFALTO ☒ 1

CONCRETO ☐ 3

PARALELEPÍEDO ☐ 5

CASCALHO ☐ 7

TERRA ☐ 8

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☒ 1

MOLHADA ☐ 3

OLEOSA ☐ 5

ELAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

SEM VÍTIMAS ☐ COM VÍTIMAS ☒ 01

16 NOME CONDUTOR

Wlhemson Dias Gomes

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

01/12/13 18 10

19 ENDEREÇO

Trav. Frei Membras 106 - Montanha

90942-6163

20 1ª HABILITAÇÃO

1507/2003

21 CATEGORIA

AD

22 PRONTUÁRIO

02943337809

23 UF

RO

24 USAVA CINTO

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

27 MARCA

Yamaha/Factor YBR 425 K

28 ESPÉCIE

Passeio

29 PLACA

NXR 3428

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

Meives Araújo da Rocha

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

906KE1520C0109557

35 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

36 AVÁRIAS

Selo frontal

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Centro - Bairro

40 AÇÃO DO CONDUTOR

condutor ~~de~~ pelo SAMU

37 CARRO



39 MOTO



41 EXAME ALCOOLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

42 NOME CONDUTOR

Belmor Florêncio da Silva

43 ENDEREÇO

R. Altamira 100 - Barra Então

46 1ª HABILITAÇÃO

27/02/1936

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

0703773735

49 UF

AC

50 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

51 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☒ 3

53 MARCA

Nissan/Frontier

54 ESPÉCIE

Especial

55 PLACA

NXR 8450

56 MUNICÍPIO

Rio Branco

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

condutor

59 ENDEREÇO

60 CHASSIS

94BDVDD40C8929544

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

62 AVÁRIAS

Selo transverso esquerda

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Bairro - Centro

66 AÇÃO DO CONDUTOR

permaneceu no local

63 CARRO



65 MOTO



67 EXAME ALCOOLICO REALIZADO

SIM ☐ NÃO ☒

68 NOME

71 ENDEREÇO

75 NOME

78 ENDEREÇO

69 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

70 NASCIMENTO

72 IDENTIDADE Nº

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

76 SEXO

M ☐ 1 F ☒ 3

77 NASCIMENTO

79 IDENTIDADE Nº

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

EM COM O ORIGINAL
EM 04/10/17

Alessandra Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRANAC

VÍTIMAS	82 NOME <u>Wlhamerson Dias Gomes</u>	83 SEXO M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO <u>10/12/1980</u>
	85 ENDEREÇO	86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVO NO VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> <u>01</u>
Nº 01	89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input checked="" type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	90 CONDUZIDA PARA <u>HUEBB</u>	
VÍTIMAS	91 NOME	92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO
	94 ENDEREÇO	95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVO NO VEÍCULO <input type="checkbox"/> <u>01</u>
Nº 02	98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR <input type="checkbox"/> 1 PASSAG. <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5	99 CONDUZIDA PARA	

100 DIAGRAMA-DO ACIDENTE

Alexandre Souza da Silva
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
DETRAN/AC

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 05/10/17

101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Informa que o VO2 se mudou na manobra de conversão à esquerda para a R. Vici, porque oboas por colidir com o VO1. O SAMU concluiu a vítima do HUEBB a Polícia Técnica compareceu ao local e adotou os procedimentos cabíveis. Houve acordo entre as partes, onde o VO2 paga os danos causados ao VO1.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA <u>VO1</u>	103 MOTORISTA <u>VO2</u>	104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO <u>Lucas Machado BPTRAN</u>
105 NOME <u>Wlhamerson Dias Gomes</u>	106 NOME <u>Edmar Flávio da Silva</u>	107 NOME / RG <u>SD Lucas 9373437-2</u>
108 ASSINATURA <i>Wlhamerson</i>	109 ASSINATURA <i>Edmar</i>	110 ASSINATURA <u>Lucas</u>
111 LOCAL <u>Rio Branco - AC</u>	112 DATA <u>10/10/17</u>	

BRABESCO

CONFROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
TRANSFERENCEA PARA OUTRA AGENCIA

DATA: 04/08/2017

HORA: 10:41 H

FAVORECIDO: WHEMESON DIAS GOMES
AGENCIA: 2840-1 CONTA: 0025075-5

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AD. ACOLHEIDORA: 0427 N. SEQ: 00773 TFRM: 100 AUT: 723

VALOR EM DINHEIRO:

