

SINISTRO 3190206355 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 67468047200**Posição em 19-04-2019 19:00:30**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br

fls. 17

**FICHA DE INTERNACAO**Prontuário: **166393** - 2

Entrada: 13/12/2018

Hora: 1750

Apto/Leito: 105 C

Paciente:

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

Reg. Geral: 618853

Orgão Emissor: SSP

PR

Data Expedição: 13/11/2002

CPF: 67468047200

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 700102967222015

Sexo: M

Dt. Nasc.: 27/05/1970

Est. Civil: AMASIADO(A)

Natur.: CORBELIA

PA

Idade: 48 Anos

Conjuge: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

Nacionalidade.: BRASIL

End.: RUA SEREGEIRA

Nro: 150

Bairro.: CHICO MENDES

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68 999665499

Cel.: *****

Fone Contato: 68 999225105

Local de Trabalho:

Profissão: AUTONOMO

PAI: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA

MAE: ZELIA TEOTONIO SIMAO

Resp.: JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

End.: RUA SEREGEIRA

Nro.:

Cidade:

UF: 700

Fone Res.: 68 - 999665499

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Ortopédica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): FRANCIS KASHIMA

Márcia D. S. Lopes

CRTR - 00751T

Observação: FICHA DE REF EM REGULACAO AIH EM ANEXO SOLICITACAO 268504024

Atendente: Jeane Alves

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

Jassizete Conceição de Paiva
JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 13 de dezembro de 2018

Jassizete Conceição de Paiva
JASSIZETE CONCEICAO DE PAIVA

Assinatura
Conferência com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada n. 506 - Bosque

José Carlos da Silva Lima
Enfermeiro
COREN-AC: 517085

14/12/18. Às 11:20h paciente deu entrada em S.O para submeter-se ao procedimento cirúrgico de tratamento de fratura rádio distal direito, aos cuidados do Dr Francis, auxiliares Dr Felipe e Dr Robson. Queixas deambulando, eupneico, normotenso, normocorado. Portando AVL em MSE com bom fluxo. Às 11:25h submetido à anestesia pela equipe Dr. Milsson. Às 11:40h início do procedimento cirúrgico. Às 12:15h término do procedimento cirúrgico. PA 165 x 99 mmHg, SpO₂ 100%. FC 87 bpm. Segue prontuário + anexos. Paciente encaminhado para SARA às 12:30h.

Talissa de Lima Pontes Albuquerque
Bach. de Enfermagem
COREMAC-001.142.936

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FAIMA JINKINS GOMES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 23/04/2019 às 14:49 , sob o número 07043598120198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0704359-81.2019.8.01.0001 e código 215A496.

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018	Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE			
NOME	DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Carlos Simão de Oliveira	27/05/70	48	M
NOME DA MÃE	APARTAMENTO	CONVÊNIO	
Zelia Teotônio Simão	105C	SUS	
EQUIPE CIRÚRGICA			
CIRURGIA	INSTRUMENTADOR		
T.C. Fract. Radio distal D.	Alex		
CIRURGIÃO	PERFUSIONISTA		
Francis			
1º AUXILIAR	ENFERMEIRO		
Robson / Felipe	Jeane / Fernanda		
ANESTESISTA	CIRCULANTE		
Arleson	Talima		
DATA	SALA		
14/12/18	05		

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)			
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
131218 01 Data do Processo Data de Validade 1301.19 03 No. do Operador 12 BROWNE	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
	CARGA/MATERIAL	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
121218 02 Data do Processo Data de Validade 1201.19 04 No. do Operador 21 BROWNE	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
	CARGA/MATERIAL	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
131218 01 Data do Processo Data de Validade 1301.19 03 No. do Operador 12 BROWNE	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
	CARGA/MATERIAL	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
131218 02 Data do Processo Data de Validade 1301.19 05 No. do Operador 12 BROWNE	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
	CARGA/MATERIAL	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
	CARGA/MATERIAL	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	

Conferido com a carga
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

	FORMULÁRIO		
	CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO		
FO.CME.HSJ-0002	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018	Página: 2 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, I)

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATER 	HSJ-CONTROLE DE MONTAGEM MAT. CONSIGNADOS Data: <u>11.12.18</u> Nome da caixa: <u>Cx. M3 D. Francis</u> Resp. pela montagem: <u>OSSEA</u> Nome da Empresa: <u>Total Implantes</u>	

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	Indicador REF:3100 Accept (OK) must enter accept window
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 		

ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO FIM
CARGA/MATERIAL 	Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque	



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque – CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC – Tel.: (68) 3212-4700 – Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME: <u>Carlos S. Mendes</u>		PRONTUÁRIO: <u>166393</u>	
IDADE: <u>48A</u>	SEXO: <u>M</u>	PESO: _____	DATA: <u>14/10/18</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Revisão de</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>Ortomanutuação do m.T. + P. 006</u> <u>Ligadura de m. + Tolo S. m. de</u>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:			
☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA <u>Misto Parte</u>		ANESTESISTA <u>Alfonso</u>	
EQUIPE CIRURGICA:			
CIRURGIÃO: <u>João</u>			
1º AUXILIAR: <u>Roberto</u>			
2º AUXILIAR: <u>Roberto</u>			
ANESTESISTA: <u>Alfonso</u>			
CIRCULANTE: _____			
Hora Início: _____		Horá Término: _____	
		Duração: _____	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)			

Conferido com o Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003-36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2-ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3-INCISÃO VOLAR EM PUNHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL
- 4-REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
- 5 FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA EM T DE 3,5mm DE 3 X 3 FUIROS SOB CONTROLE RADIOSCÓPICO + FIXAÇÃO COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS A FRATURA + 1 F.K. 1,5 MM
- 6-LIMPEZA DAS FERIDAS OPERATÓRIAS COM S.F. 0.9%
- 7-REVISÃO DA HEMOSTASIA, SUTURA POR PLANOS, CURATIVO ESTÉRIL

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ ABD 500 ml _____ | ☐ Glicose 50% inj. _____ | ☐ SF 1000 ml _____ |
| ☐ ABD 1000 ML _____ | ☐ Kolagenase pomada _____ | ☐ Telebrix _____ |
| ☐ Adrenalina 1 mg/1ml _____ | ☐ Neomicina pomada 5mg _____ | ☐ Xilocaína gel _____ |
| ☐ Bupivacaína 0,5% s/v _____ | ☐ Ropivacaína 200mg _____ | ☐ Xilocaína s/v _____ |
| ☐ Glicose 25% inj _____ | ☐ SF 500 ml _____ | ☐ Xilocaína c/v _____ |
| ☐ Sorbitol 1000ml _____ | ☐ Ioversol _____ | ☐ Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 306 - Bosque

Felipe Henrique de M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2106

CIRURGIÃO - CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC



HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Carlos Simão de Oliveira*
Nº Aptº.: *105C*
Data: *14/12/18*
Cirurgia: *TC. Frac. Radio Digital D.*
Início: *11:40*
Término: *12:15*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Dr. Francis*
Enfermeiro (o): *Fernanda*
Anestesista: *Dr. Arlison*
Tipo de Anestesia: *Pesco*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tosse	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- Esforço respiratório limitado	1				
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica:					
- >80% do nível pré-anestésico	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1				
- <50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2	<i>1</i>			
- Acorda quando chamado pelo nome	1		<i>2</i>		
- Não responde o comando	0				
Coloração:					
- Coloração e aparência normais da pele	2	<i>2</i>	<i>2</i>		
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterício	1				
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2	<i>1</i>			
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1		<i>1</i>		
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				

Total

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

* Assinatura do Enfermeiro

Fernanda

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

SOBENAC - 425 498

Assinado
Confere com o original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

14/12/18 Às 12:35 hs paciente deu entrada na SAPA após procedimento cirúrgico, normocardio, normocorado, normotenso, comunicativo, portando AUP em MSE com HVO em curso e bom fluxo, monitorizado por oximetria de pulso SPO₂ 96%, FC 9 bpm, PA 156x103 mmHg. Às 12:50 hs paciente permanece na RPA com SPO₂ 95%, FC 77 bpm, PA 145x97 mmHg. Às 12:55 hs paciente estável sem queixas recebe alta da RPA pelo Dr. Silveira, encaminhado ao paciente em maca ao leito.

Luiz Augusto da Silva
Téc. de Enfermagem
CORF 001.114.908

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bangu



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

fls. 25

Pag. 1

PACIENTE: 166393 - 2

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

LEITO: 105

DATA: 14/12/2018

HORA: 12:28

NRO PRESCRICAO: 235004

NRO REQ. FARM: 1359510

PRESCRIÇÃO MÉDICA

QTD VIA FREQUENCIA

HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1				
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	6 X 6	18h	22h
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6	18h	22h
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	6 X 6		
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8	14h	22h
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8		
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8		
06	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV	12 X 12	18h	22h
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8	14h	22h
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8		
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8		
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	6 X 6	14h	22h
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6		
	AGUA DESTILADA INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	6 X 6		
09	CURATIVO	UN	1				

Conferir com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alverada nº 806 - Esqueleto

Felipe Henrique de Souza M. Dutra
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 22106

Se tudo OK alto
Amanhã.

EVOLUÇÃO

15/12/18 - Paciente em BEG.
F.O Limpo, e xco. am
vedmo. Neurológico a, perfusão OK.
Alta Médico com Orientações
e Retorno em 15 dias No HC

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

Às 13:15h Paciente retorna do C.C. em mau estado geral, eupneico e afibril. Sob efeito anestésico. Portando AVP em MSE com H.V. em curso. Sem queixas no momento. Todas as orientações de enfermagem Pt. segue em repouso no leito acompanhado de familiar. PA: 40x90 mmHg, Fc: 82 bpm, SPO₂: 95%, T. ax: 34,6°C. 115. 26

José Carlos da Silva
Enfermeiro
CORENAC: 51700

14/12/18. Das 13:55 às 19:00 hrs - Evolui em repouso no leito afibril, eupneico, normotenso, hidratado, orientado, comunicativo, respirando em ar ambiente. Portando AVP em MSE com 17.V. em curso. Sutil dieta oferecida, diurese presente, evacuação ausente, medicada a.p.m., sig. Sem queixas e aos cuidados da equipe de enfermagem + acompanhante. SSVU: PA: 120 x 80 mmHg, Tax: 34-36 bpm, SPO₂: 94%, Fc: 92 bpm

Adenilde dos Santos Fernandes
Téc. Enfermagem
CORENAC: 949.283

14/12/18 - Às 21:45h. Solicito na farmácia 1 equipo m.c. para o uso pl. H.V.

Mira Paiva da Silva
Téc. Enfermagem
CORENAC: 589.067

14.12.18 às 19:00 as 20:00h paciente em repouso no leito hidratado, comunicativo, afibril, eupneico não refere queixa medicodop. aceita a dieta oferecida diurese presente evacuação ausente. Verifico os sinais vitais segue aos cuidados da enfermagem. P.A 130x80 Tax 36,8 SPO₂ 97% F.C 97 bpm A.V.P. MSE.H.

João Sampaio Ferreira
Téc. Enfermagem
CORENAC: 704.057

15/12/18 às 10:00 Paciente recebe alta hospitalar com. Orientado, comunicativo, em cadeira de rodas, entregue exames, recitatório médico e orientações da enfermagem.

15.12.18 - realizou curativo no região do no dia 15.12.18. Curativo compreende, urate 1 ml de 7,5 + 1 ml de 7,5 + 1 ml de 7,5 + 100 ml de SFO, 9% + 5 ml de alveol 70%. TEC. Jéssica Tomaz COREN-AC 1937026

João Sampaio Ferreira
Téc. Enfermagem
CORENAC: 485234

Confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.430/003 - 30
Rua Alvorada nº 800 - Bosque

RG 2600713

70010 2967 222015

fls. 27



Sistema Ministerial
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Período 99225105

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Simão de Jesus

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☐ 3

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. DE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Limbo físico

Material
Rheo T
+ PR

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exatidão a ser feita por DR. F. M. A. S. no dia 13/11/10
HST. Deve Internar 13/11/10

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

PR. Quadro de

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exatidão

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO

33 - Nº DO REGISTRO DO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

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

☐ CNS ☐ CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura
Com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Ilvorada nº 306 - Bosque

Paciente Carlos Simões de Oliveira

Registro: 166393-2

Data: 14/12/18

Antes da indução anestésica	Antes do paciente sair da Sala de Operações
-----------------------------	---

Identificação - Hora _____ h	Confirmação - Hora _____ h	Registro - Hora _____ h
Paciente confirmou a identidade ☒ Pulseira de Identificação presente ☒ Paciente sabe informar qual procedimento será realizado? ☒ Sim. Qual? <u>Amplio</u> ☐ Não. Motivo _____ Sítio Cirúrgico Demarcado? ☐ Sim ☐ Não Presença de Prontuário Completo? ☒ Sim ☐ Não Consentimento Assinado? ☒ Sim ☐ Não. Motivo _____	Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções ☒ Cirurgião, Anestesiista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente: ☒ Identificação do paciente ☒ Procedimento ☒ Sítio Operatório Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas: ☐ Inexistente ☐ Sim. Qual? _____ Duração prevista da cirurgia _____ Previsão de Perda Sanguínea ☐ Sim ☒ Não Revisão do Anestesiista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente ☐ Sim ☐ Não. Motivo _____ As imagens essenciais estão disponíveis? ☒ Sim ☐ Não Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários: ☐ Instrumental necessário presente ☒ Materiais especiais (próteses, órteses) ☒ Todos dentro do prazo de esterilização ☐ Presença de Indicadores de esterilização ☒ Os equipamentos necessários presentes ☐ Alguma preocupação com equipamentos: ☒ Não ☐ Sim. Qual? _____ A Profilaxia antimicrobiana foi realizada? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica	Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado ☒ Sim ☐ Não Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica Registro Completo de Enfermagem ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica Venoclise e Soro Identificado ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica Sonda Vesical fixada? ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica A contagem de compressas está correta ☒ Sim ☐ Não A contagem de instrumental está correta ☒ Sim ☐ Não Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental? ☒ Não ☐ Sim. Qual? _____ Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica ☐ Com lesão ☒ Sem lesão ☐ Não se aplica Qual lesão? <u>incisão cirúrgica</u> Identificação da amostra para anatomia patológica adequada? ☐ Sim ☐ Não ☒ Não se aplica Observações <u>30 JAN 2019</u> <u>166393-2</u>
Presença de Avaliação Pré Anestésica? ☐ Sim ☒ Não. Motivo <u>Amplio em Sala</u> Amplio de Anestesia completo testado e funcional? ☒ Sim ☐ Não Monitorização instalada e funcional? ☒ Sim ☐ Não Alergias conhecida? ☒ Não ☐ Sim. Qual? _____ Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração? ☐ Não ☐ Sim. Equipamento / Assistência Disponível Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/hg em crianças)? ☐ Não ☒ Sim e acesso venoso adequado Se sim, há reserva de hemocomponentes? ☐ Sim ☐ Não ☐ Solicitado Presença de Próteses (dentária e outras) ☐ Sim ☒ Não Observações <u>PA=130x90 mmHg</u> <u>SpO2=96%</u> <u>FC=73 bpm</u>	Observações	Observações <u>Confirmação com Original</u> <u>Hospital Santa Juliana</u> <u>CNPJ: 00.429.443/0001-30</u> <u>Rua Alvorada nº 306 - Brusque</u>
Cirurgião:	Anestesiista:	Responsável pelo preenchimento <u>Sara do Nascimento da Silva</u> <u>Talissa de Lima Pontes Albuquerque</u>
CRM:	CRM:	Registro <u>166393-2</u> <u>001.325.405</u> <u>001.142.936</u>
Auxiliar de cirurgia 1	Enfermeira	Assinatura



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário 166 393-2 Convênio Sus Data 14/12/18 Apt/Leito 105C Sala 05

Paciente Carlos Simão de Oliveira Circulante Talissa

Cirurgia T. C. Frac. Radio Distal d. Cirurg. Francis Aux. Robson / Felipe Instrum. Alex

Anestesista Arusson Tipo Anestesia Fluxo Hora Entrada S. O. 11:20 Hora Saída S. O. 11:25 11:40 12:15

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AF COMPRIMIDO	
AGULHA nº <u>40x12</u>	<u>L</u>	ABD 10 ML	<u>1</u>	ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm <u>15</u>	<u>1</u>	ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm <u>10</u>	<u>1</u>	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm <u>20</u>	<u>1</u>	ÁLCOOL A 70%	<u>100ml</u>	BIST. MONOPOLAR	<u>sum</u>
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	<u>sum</u>
CANOSSEA		DECADRON 4 MG	<u>1</u>	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXÍDIO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	<u>1</u>	OXIGÊNIO	<u>sum</u>
COMPRESSA	<u>1</u>	DOLANTINA		OXÍMETRO	<u>sum</u>
COTONOIDE		DORMONID	<u>1</u>	R.P.A	<u>sum</u>
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	<u>sum</u>
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS nº	<u>1</u>	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL	<u>2,0</u>	<u>perfusado sum</u>	
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº <u>4.0</u>	<u>1</u>	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº <u>3</u>	<u>1</u>	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE	<u>1</u>	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº <u>15</u>	<u>L</u>	NARCAN			
LEN. INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LIN. nº		NAUSEDON	<u>1</u>		
LUVA ESTÉRIL nº <u>8,0</u>	<u>L</u>	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR <u>1 metro</u>		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE	<u>80ml</u>	PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA	<u>80ml</u>	PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	<u>1</u>	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	<u>1</u>	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML		SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	<u>1 p/ lavar</u>		
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	<u>1</u>		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
<u>Fio de Kirschner 15</u>	<u>1</u>	TILATIL	<u>1</u>		
<u>luva esteril 7,5</u>	<u>L</u>	XILOCAINA 2% CV			
<u>agulha 07x30</u>	<u>1</u>	XILOCAINA 2% SV	<u>30ml</u>		
		XILOCAINA GEL	<u>1</u>		
		<u>Rolu</u>			
		<u>curatoma</u>			

Conferido com o original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-10
R. Alvorada nº 800 - Bosque



HOSPITAL SANTA JULIANA

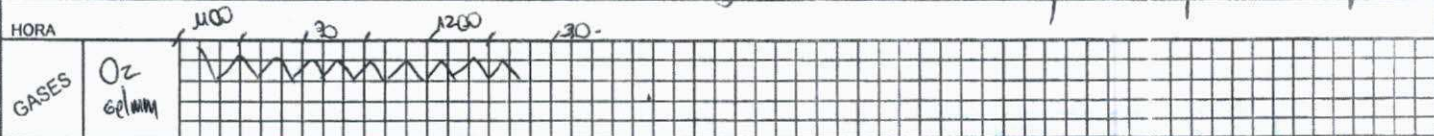
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - Cep: 69.901-380 - Rio Branco - Acre
Fone: (68) 3212-4700 / Fax: 3224-9129
www.hsj.org.br

SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA FICHA DE ANESTESIA

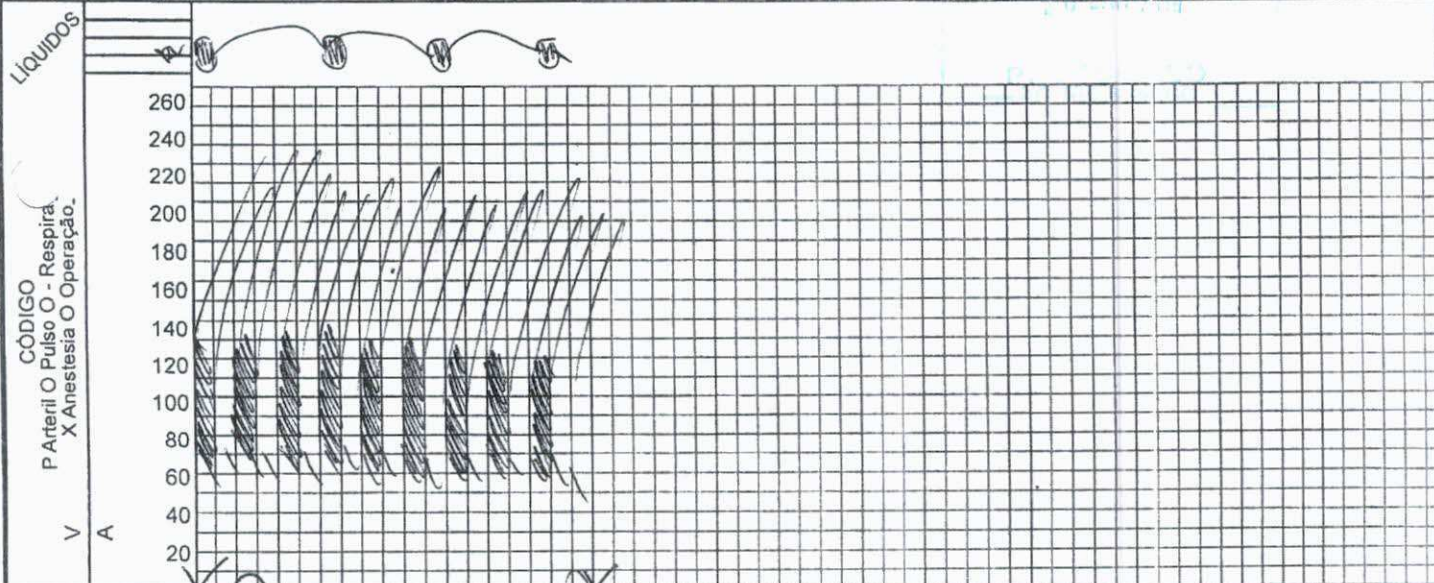
Nº PRONTUÁRIO

DATA: 24/02/18. NOME: Carlos Sumão de Oliveira. Apl. Enf. Conv.

IDADE: 48. SEXO: mxc. COR: pco. ALTURA: - PESO: 105.5. GRUPO SANG.: - PA: 160x90mm. PULSO: 90bpm. TEMP: - RESP: 18bpm.



ECG: S.A.O. (%) 98, 100, 100, 100, 100, 100, 100. C.O2 exp



Ventilação: Espontânea, Assistida, Controlada.

Monitorização: Cardióscópio, Oxímetro, Pani, Capnógrafo, Analizador de gases, T. O. F, Estetoscópio, P. A. I.

TÉCNICA: plexo + sedação

CIRURGIA: Int. Antebraço @ - Tto. úrgo

CIRURGIÕES: Funes +

RAQUIANESTESIA: N/A. OUTROS:

Bloqueios: X - monitorização + revisão de venoclise. venoclise. 1 - antissepsia + assepsia; 2 - punção subaracnóidea; 3 - Cefazolina 2g IV; 4 mg IV; 5 - Dexametasona 10 mg IV; outros:

Anestesia: 5. phhl 40mg; 6. neurón 10mg + mivacur 2mg; 7. mivacur 3mg. 2mg, mivacur, entre msc.

Confere: [Assinatura] Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003-36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

—HORA: _____
—EITO: _____

1050

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNÓSTICO: Fratura	1 - DIETA ZERO A PARTIR 00:00H 2 - SRL 500 ML 12/12 IV 3 - TRAMMAL 100 mg + 100 ml SF 0.5% (8/8h) SN EV 4 - DIPHONA 2ML + 8 ML AD IV 6/6H 5 - PLASIL 10 mg + AD 2ML IM 8/8H SN 6 - CAPTOPRIL 25 MG VO SE PA ≥ 140X90 SN 7 - SINAIS VITAIS 6/6H	18/12/18 18:24 de 12	Ab 18:20h Rotativo 01 alinhado No 18, 01 equipe manuseou 01 monitora para monitorar AVP. José Carlos da Silva Lima Enfermeiro CORENAC: 57085
DATA DA CIRURGIA: 14/12/18			
DATA DA INTERNAÇÃO: 13/12/18			
MÉDICO RESPONSÁVEL: Francisco	DR. Italo Maria Vieira CRM Otorrinolaringologia CRM/AC 1560		
HOSPITAL PARA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA: HSS			
INSUMO: Dose + PR			



EVOLUÇÃO DIÁRIA DA FISIOTERAPIA
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JULIANA
00.529.443/0003-36

Emissão: 15/12/2018
Horário: 15:44
Página: 1

PRONTUÁRIO: 166393 - 2

PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

DATA: 14/12/2018

LEITO: 105 C

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU _____	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: _____

RÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

M() T() N() COOPERANTE	M() T() N() NÃO COOPERANTE
---------------------------	-------------------------------

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXILIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 M() T() N() ORIENTAÇÕES DE AVID'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERS NSUFLAÇÃO PULMONAR COM AM
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() A LONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCC MPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 M() T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 M() T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUT
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() A LONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

Dr. Neli Varçosa
Fisioterapeuta
CREFIO-1257698-F

Valeria Saez
14.12.18

Unifere de Santa Juliana
Hospital Santa Juliana
NPJ: 00.529.443/0003-36
Alameda nº 806 - Bosque



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA ortopedia LEITO Nº 115 A CLÍNICA cardiologia

ACIENTE: Carlos Simão de Lima

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

paciente de trauma evoluindo
com fratura do fêmur direito
e se deslocando. pleio dor no
no do membro. Sem alterações
cardíacas e neurocirculatórias

NOME DO SOLICITANTE: DATA 12/15/19 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

DR Italo Malta Vieira
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM: AC 1500

Conferência com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 808 - Esquerda

NOME DO MÉDICO: DATA 12/15/19 HORA:



COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.067.071/0001-70 (Insc. Estadual: 01.004.141/001-46)
Nova Fátima - Sistema de Energia Elétrica - Série União

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0186821-7

Nº da Nota Fiscal 003060484

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	12/12/2018	74	42,37

ZELIA SIMAO
R. CEREJEIRA 150 CHICO MENDES
CPF: 00099457717287
CEP: 69.902-657 - RIO BRANCO

ROT: 2.001.02.21.002850

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	13074	Atual	06/12/2018
Anterior	13000	Anterior	05/11/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	04/01/2019
Consumo Médio	74	Envio	04/12/2018
Consumo Faturado	74	Apresentação	06/12/2018
	FCAM		

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7087207		1.1.1.1	88

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo Consumido			
NOV/18	38	CONSUMO 74 A R\$ 0,532808 =	39,42
OUT/18	84	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,91
SET/18	53	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00	0,02
AGO/18	59	MULTA POR ATRASO 11/18-00	1,01
JUL/18	27	JUROS DE MORA DE IMPO 11/18-00	0,01
JUN/18	133	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,61	
MAI/18	86		
ABR/18	90		
MAR/18	99		
FEV/18	113		
TARIFAS E TAXAS			
0 H 74 - 0,518220			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28
Parabéns! Até o dia 04/12/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 11.95.5C9E.634A.9410.21BC.4A6C.597F.700A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	38,35	Base de Cálculo:	
Energia	0,00	Alíquota ICMS:	
Transmissão	0,00	Valor do ICMS:	
Encargos	0,00	Valor do PIS:	0,19
Tributos	1,02	Valor do COFINS:	0,88

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,27	12,54	25,08	3,92	7,85	15,70	3,71	
Realizado	1,96			2,00			1,27	
Composto	SAO FRANCISCO			Período de apuração: 10/2018			EUSD: 26,80	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 874355680	NOME CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA		
	DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 618853 SSP PR		
	CPF 674.680.472-00	DATA NASCIMENTO 27/05/1970	
	FUNÇÃO SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA ZELIA TEOTONIO SIMAO		
	PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. AB
Nº REGISTRO 02612019075	VALIDADE 11/06/2019	1ª HABILITAÇÃO 13/11/2002	
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURA DO PORTADOR			
LOCAL RIO BRANCO - ACRE	DATA EMISSÃO 13/06/2014		
Sérgio Leite de Sá P. Carvalho Diretor Geral Detran/AC			14594358758 AC405554087
DETRAN - AC (ACRE)			



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 546 / 2018

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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 08/12/2018 HORA: 08:59
LOGRADOURO: AV. GOVERNADOR EDMUNDO PINTO, 276
BAIRRO: RUI LINO CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO CORPO DE BOMBEIROS

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NXT - 4359 MARCA: YAMAHA MODELO: FACTOR YBR 125 ED ESPÉCIE: PASSAGEIRO
RENAVAM: 00500448051 CHASSI: 9C6KE1500D0073659 COR: AZUL UF: AC
PROPRIETÁRIO: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA CPF: 674.680.472-00
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, 150 – LOT. ALTAMIRA - PLACAS CIDADE: RIO BRANCO

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE

NOME: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA ESTADO CIVIL: Solteira
SEXO: MASCULINO NASCIMENTO: 27/05/1970 PROFISSÃO: AUTÔNOMO
CPF: 674.680.472-00 RG: 618853 ORG.: SSP/PR
NATURALIDADE: PARANÁ NACIONALIDADE: BRASILEIRO
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL
REGISTRO DA CNH: 02612019075 CATEGORIA: AB VALIDADE: 11/06/2019 UF: AC
ENDEREÇO: RUA CEREJEIRA, 150 – LOT. ALTAMIRA - PLACAS CIDADE: RIO BRANCO

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito – BPTRAN, o Sr. CARLOS SIMÃO PONTES, ele relata que no dia, local e horário supramencionados trafegava na referida motocicleta quando em dado momento um cachorro entrou na sua frente não sendo possível desviá-lo. Neste momento caiu no chão quebrando o punho e o braço direito. Sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para a HUEB, sob número do BE 2600713.

Carlos Simão de Oliveira

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

20 JAN 2019

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: DORIVAL PEREIRA DE OLIVEIRA RG: 4297
POSTO/GRAD: CB PM MATRÍCULA: 9187332-3 OPM: BPTRAN
DATA: 26/12/2018 HORA: 14:47
ASSINATURA: *Dorival Pereira de Oliveira*

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.

ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 24/12/2018 Hora emissão: 08:54 Operador:
Nº da Ocorrência 1812080027	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 08/12/2018 07:40 Dt/Hr Término: 08/12/2018 09:05	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: COLISÃO ANIMAL X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: ANTONIO
End: R PRINCIPAL
Bairro: CONJUNTO RUI LINO
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: AO LADO DO BOMBEIROS E O MERCADO RUI LINO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 999529896
Queixa: QUEDA

Origem da Ligação: VIA PÚBLICA

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: CARLOS SIMAOS DE OLIVEIRA	Idade: 48 ANOS	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:17
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRAÇO DIREITO EDEMA LOCAL COM POSSÍVEL FRAÇÃO DE RAO DISTAL E ESCORIAÇÕES BILATERAL SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA. PA13X8 FC62 SPO2 98%	
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43
	Avaliação: SOLICITANTE. PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL APRESENTANDO DOR EM BRAÇO DIREITO EDEMA LOCAL SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA PERDA OU DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUEB		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 08:18	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: ALEXANDER HIGUCHI	Data/Hora: 08/12/2018 07:43	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 06 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 08/12/2018 07:55
	Dt./Hr. Saída Base: 08/12/2018 07:55	Dt./Hr. Chegada Local: 08/12/2018 08:00
	Dt./Hr. Saída Local: 08/12/2018 08:10	Dt./Hr. Chegada Destino: 08/12/2018 08:27
	Dt./Hr. Saída Destino: 08/12/2018 09:05	Dt./Hr. Chegada Base: 08/12/2018 10:02

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:40		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	08/12/2018 07:41	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:06	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
ALEXANDER HIGUCHI	08/12/2018 08:18	ALEXANDER HIGUCHI	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	08/12/2018 08:57	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA



PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA ET EXTRA AD NEGOTIA"

OUTORGANTE: **CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA**, brasileiro, convivente, portador do RG n. 618853 SSP/AC, CPF n. 674.680.472-00, residente e domiciliado na Rua Cerejeira, nº 150, bairro Chico Mendes, Rio Branco-Acre, não possui e-mail.

OUTORGADOS: FAÍMA JINKINS GOMES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/AC sob o nº 3.021, com endereço profissional no rodapé, onde recebe intimações.

FINALIDADE: Por este instrumento de procuração e na melhor forma de direito, confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, outorgar procurações à terceiros e nomear prepostos, podendo agir em Juízo ou fora dele, sendo o presente instrumento de mandato, oneroso e contratual, podendo sua procuradora usar dos poderes contidos na cláusula "*ad-judicia et extra & ad-negocia*", bem como os poderes especiais dispostos no artigo 105 da Lei 13.105/2015, quais sejam: reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e firmar compromisso bem como agir administrativamente perante aos órgãos públicos competentes para o bom desempenho desse mandato, inclusive de requerer certidões negativas ou positivas nas fazendas federais, estaduais e municipais, bem como informações sobre sua situação no SPC, SERASA, CADIN, CDL, Prefeitura Municipal de Rio Branco, SEFAZ, Receita Federal do Brasil, Cartórios em geral, delegacias de polícia, administração pública direta e indireta, podendo substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

DECLARO que sua situação econômica não permite pagar à custa do processo, tampouco honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio ou de sua família, razão porque necessita dos benefícios da ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA.

DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS

O Outorgante assume ainda o compromisso contratual de pagar aos outorgados, o valor de 30%(trinta por cento) sobre o proveito econômico que obtiver com a demanda judicial, inclusive quantias decorrentes de sucumbência, se houver.

Rio Branco – AC, 16 de abril de 2019.

CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA



Rua Coronel Alexandrino, nº 325, bairro Bosque, na cidade de Rio Branco - Acre
Tel: 068 99987-2502 99228-6609
faimajinkins@gmail.com

fls. 40

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO

004826 DROG FARM DO CONS 16/04/2019

CAIXA

17.06.10 (Horário de Brasília)

*****8409

Saído N. 93020001-1095

AGENCIA : 3320 - ESTACAO EXPERIMENTAL, A
CONTA : 013 00036551-3
CLIENTE : CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

SALDO ATE A DATA DE:	16/04/2019
DISPONIVEL	46,80
DEBITO A CONFIRMAR	0,00
CREDITO A CONFIRMAR	0,00
BLOQUEADO	0,00
TOTAL	46,80
LIMITE CHEQUE ESPECIAL	0,00+

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br

Impressão em papel termossensível com vida útil de 5 anos. Evite contato com plásticos, produtos químicos, exposição ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Boixe grátis o app para localizar o Banco24Horas mais próximo de você.

Tenha sempre em mãos o número do seu cartão.

Impresso em papel termossensível com vida útil de 5 anos. Evite contato com plásticos, produtos químicos, exposição ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Banco24Horas

0800 56 24 00

Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 772 13 20

banco24horas.com.br |



Boixe grátis o app para localizar o

Banco24Horas mais próximo de você.

Tenha sempre em mãos o número do seu cartão.

Impresso em papel termossensível com vida útil de 5 anos. Evite contato com plásticos, produtos químicos, exposição ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Banco24Horas

0800 56 24 00

Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 772 13 20

banco24horas.com.br |



Boixe grátis o app para localizar o

Banco24Horas mais próximo de você.

Tenha sempre em mãos o número do seu cartão.

Impresso em papel termossensível com vida útil de 5 anos. Evite contato com plásticos, produtos químicos, exposição ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Banco24Horas

0800 56 24 00

Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 772 13 20

banco24horas.com.br |



Boixe grátis o app para localizar o

Banco24Horas mais próximo de você.

Tenha sempre em mãos o número do seu cartão.

Impresso em papel termossensível com vida útil de 5 anos. Evite contato com plásticos, produtos químicos, exposição ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

fls. 41


RECEITUÁRIO

19 MAR 2019

PACIENTE:

LAVIN

PROTOCOLO

Atento que o Sr. Carlos Simeão de Oliveira
 sofreu acidente de trânsito no dia 08/12/18
 apresentando fratura radio distal
 de punho direito, fratura 5 metacar-
 po do pé direito. feito trat. conservador
 no pé ① e trat. cirúrgico no
 punho ② com placa em "T" e 1 fio K.
 evolui com estabilização local
 na face volar de punho ②, aumento do
 volume e limitação flexo-extensão do
 punho ② e redução da força muscular
 do membro.
 no pé ① apresenta limitação funcional
 metatarsos falangias e redução de
 força muscular do pé ①
 portanto é portador de sequelas de curta
 com deficiência permanente de 50 msd
 e 25% no pé ①.

DATA: 14/3/19

ASSINATURA DO MÉDICO

Tel. (68) 32234608 – Rua Alvorada nº 54 CEP 69900-000 Rio Branco – Acre

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 57604
Nome.....: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA
Documento.....: N.T Tipo :
Data de Nascimento: 27/05/1970 Idade: 48 anos 20.0000
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA
Nome da Mae.....: ZELIA TEOTONIA SIMAO
Endereco.....: LOTEAMENTO ALTAMIRA - RUA CEREJEIRA 00150
Bairro.....: PLACAS Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000092810254
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2600713
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0050
Data da Internacao: 08/12/2018
Hora da Internacao: 08:59
Medico Solicitante: 391.464.562-87 - RAIMUNDO NONATO ANUTE DE LIMA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2600713 DATA: 08/12/2018 HORA: 08:53 USUARIO: ERICO
CNS: 700102967222015 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA DOC...: CART.SUS
IDADE.....: 48 ANOS NASC: 27/05/1970 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: RUA CEREJEIRA NUMERO: 150
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CHICO MENDES
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: -
NOME PAI/MAE...: SEBASTIAO LUIZ DE OLIVEIRA /ZELIA TEOTONIO SIMAO
RESPONSAVEL...: O MESMO TEL....: 99225105
PROCEDENCIA...: CONJ. RUY LINO
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM 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: 1/1

paciente vítima de acidente de trânsito com lesão no membro superior direito, apresentando dor no antebraço e mão direita.

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

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

DIAGNOSTICO:

fratura de ulna e rádio

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

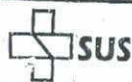
[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Adilson de A. Lopes

Raimundo Nonato Anute de Lima
Médico
CRM 836 - AC



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

Valdo Simão da Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

516011

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/05/1970

Masc. ☒

9 - SEXO

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Zelia Teolonia Simão

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Loteamento Aterro Rua Cerejeira 150 placas

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Whse. mto e inchame gnrta e/ tgnms
em ppls dnta e p o mto.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico.

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

Anamnese, Ex. Físico, Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSA ASSOCIADA

Fratura do fêmur direito

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - 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)



ALERGIAS/MED:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTOCOLO DE MANCHESTER

() CLÍNICO
() ODONTO
() PEO

CLASSIFICAÇÃO

Amarelo

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Cefaleia, náusea, vômito, febre 38,5°C			COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA					
DISCRIMINADOR				Peso:	
PARÂMETROS	PA: 158 X 143 mmHg	Temp: °C	Sat. O2: 99 %	Pulso: 72 bpm	
	ESCALA DE DOR			Glicemia: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR:		☐ DESISTÊNCIA ☐ EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:
	Tempo máximo: 3 minutos				
RECLASSIFICAÇÃO					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

Às _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

- ☐ Medicação Via Oral – VO, com _____ ml de água potável;
- ☐ Medicação Intramuscular – IM, local: _____;
- ☐ Medicação Endovenosa – EV, puncionado em () MSE () MSD, local: _____ com () Jelco nº: _____ () Scalp nº: _____;
- ☐ Medicação sublingual;
- ☐ Medicação subcutânea, local: _____;
- ☐ NBZ: _____;

Anotações/Intercorrências:

Assinatura/CORE N°:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO/EMERGÊNCIA

As 18:45 horas, admitido este paciente na observação de emergência do HUERE com queixa de cefaleia, náusea, vômito, febre 38,5°C.

SAME / HUERE
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL

REGISTRO	PACIENTE	IDADE	CLÍNICA	LEITO
45	Melhor Simão de Oliveira	48	CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	1111

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
MECANISMO DE TRAUMA: <i>Acidente de trânsito</i> DATA DO TRAUMA: <i>08/12/13</i> RADIOGRAFIAS: EXAME FÍSICO: DIAGNÓSTICO: <i>Fratura da 14ª costela</i> CONDUTA NA EMERGÊNCIA: <i>Reparo imediato</i> 1. DIETA VIA ORAL LIVRE 2. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML IV 12/12 H 3. DÍPIRONA 1G IV 6/6 H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 H S/N 5. PLASIL 10MG IV DILUIDO 8/8 H S/N 6. OMEPRAZOL 40MG IV CEDO 7. CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS 6/6 H <i>Dr. Ronaldo T. Carvalho</i> Otopedia e Traumatologia CRM 1597 <i>18.20h Fez exame das estruturas do C.C.B. presentes de pelo de 150 graus sem deformidade ao movimento. F. Parafá</i> SAFEL HUERB CÓPIA CONFORME ORIGINAL			

48

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

REGISTRO

PACIENTE

CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

IDADE

48

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

7710

HUEPB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

D/DT: 06/12/2018	1. DIETA VO LIVRE	SAL	
FRATURA DE RADIO DISTAL	2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS	500	
ARTICULAR	3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H	16 22 04	
ESQUERDO	4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS	16 04	
FRATURA DE 5 METATARSO PE	6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS	06	
DIREITO	7. CUIDADOS GERAIS	Rotina	
EM TRATAMENTO CONSERVADOR	8. SINAIS VITAIS	Rotina	
PACIENTE REFERE DOR EM PUNHO	9. CURATIVO DIÁRIO	16	
ESQUERDO	10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90		
PULSO E NEUROLÓGICO			
PRESERVADOS			
SOLICITO PRECIRURGICOS			
VISITADOR: DR RONEIDO			

Dr. Faima Jinkins Gomes
Prontocedência e Atendimento
CRM/AC 1970

SANE / HUEPB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HUTERB
 Corporation of the State
 of Tennessee, the State of Tennessee

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

500

- 07:00 - climb onto
and climb down
rocks, fixate rock

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS
7. CUIDADOS GERAIS 1207h

Deane Jones Jones
medic. Apam —

9. CURATIVO DIARIO 30

Maria Helena
 CORENAC: 480-510 TE
 180-510

VISITADOR: DR. ANTONIO

SAFETY HAZARD
COMMON TO ALL

[illegible]

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LETO
CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA 48 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B M05

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DV/DT: 08/12/2018 FRATURA DE RADIO DISTAL ARTICULAR ESQUERDO FRATURA DE 5 METATARSO PE DIREITO EM TRATAMENTO CONSERVADOR PACIENTE REFERE DOR EM PUNHO ESQUERDO E PULSO E NEUROLÓGICO PRESERVADOS SOLICITO PRECIRURGICOS VISITADOR: DR ISSASSE	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS 3. DIFIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS 5. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS 6. CUIDADOS GERAIS 7. SINAIS VITAIS 8. CURATIVO DIÁRIO 9. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90		8:00h às 17:00h paciente feverem febre do tipo doe fraco de leve de unco + sangue, pi bater. reserba diet eleveida, fudo fi diológica, quanta Te. Neomg

SAÚDE / HUERS
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

✓

REGISTRO PACIENTE CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA IDADE 48 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 1122

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
D/DT: 08/12/2018	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 24/24 HRS 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H 4. TILATIL 20 MG EV 12/12 HRS 6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS 7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITAIS 9. CURATIVO DIARIO 10. CAPTOPRIL 25 MG VO PA MAIOR DE 140/90	5ND 56Q 18 16 22 04 18 04 06 rotina rotina 70	- 07:00 - por. até sup. após exame médico, sugere-se diu, neurológico ci- ativo mede - apm. per, brava - ream: 180 - SIV On 18.05h Paciente mede a ha per- gular com a - mds + quente - pds Camila Mendonça Danie Enfermeira COREN/AC 359.8 Especialista em Psiquiatria Saúde Mental

alta
van
11/11
14/12

SAÚDE / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

A CLÍNICA: *Ortopedia*

LEITO Nº *15*

À CLÍNICA: *Cardiologia*

ACIENTE: *Carlos Simão de Oliveira*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*ptor. lavagem articular de
quadra de trauma evoluída
com fratura de rádio distal
e 5^o metacarpo. pleje de 20 dias a
um de lesões. Sol. de 20 dias
cardiologia e neurologia*

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: *12/15/19* HORA:

DR. Ilalo Maia Vieira
PRM Ortopedia - Traumatologia
CRM 146.1370

RELATÓRIO DA CONSULTA:

SAME / HUERE
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO MÉDICO:

DATA: / / HORA:

Cordeiro Simões de Oliveira
48 anos CCB novo 10

16-10-2019

18
18



HUERB – HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PACIENTE: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA

RISCO CARDIOLÓGICO DE ACORDO ACP

- 48 ANOS
- NEGA IAM, AVE, EAP, DMII, HAS
- EXAME FISICO NORMAL
- EXAMES LABORATORIAIS: NORMAIS
- ECG: RS, ADRV, LIMITE PARA SVE.
- RX TX: AREA CARDÍACA NORMAL.

GOLDMAN 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

RISCO CARDIOLÓGICO NO MOMENTO.


Dr. Welber de Lima
Cardiologia e Clínico Geral
CRM/AC 1492
DR. WELBER DE LIMA E SILVA
CARDIOLOGIA
CRM/AC:1492

RIO BRANCO/AC, 08 DE DEZEMBRO DE 2018

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 213-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: CARLOS SIMAO DE OLIVEIRA (EXT)
Requisicao: 00.PC.1.040899
Identif....: 00000000

Idade...: 48
Requis.: 11/12/2019

US. Origem.: PS - PACIENTE EXTERNO *cep*
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	5,32	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,50	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	41,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	77,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	25,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	32,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.800	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	2	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	136	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	62	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.216	mm3	
Linfocitos:.....	29	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.972	mm3	
Monocitos:.....	7	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	476	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:55 Coleta: 11/12/18 as 17:55-1a. Via Impressa: 11/12/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 minuto	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	6 minutos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	219.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/12/18 as 17:56 Coleta: 11/12/18 as 17:55-1a. Via Impressa: 11/12/18

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jarceli Santos de Araújo
Biomédico
CRBM 2666

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: CARLOS SIMÃO DE OLIVEIRA

ID paciente:

ID amost: 52

Data nascimento:

Idade: 48 Ano

Cód barra: 1040899

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 11/12/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
URE	36	mg/dL		10 - 50
CRE	1.2	mg/dL	ALTO	0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 11/12/2018

Data/Hora teste: 11/12/2018

Data/Hora impr.: 11/12/2018 16:26:31

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisca de A. M. A. Silva
Biomédica
nº 4 nº 730.001



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-86

Rua Alvorada, nº 806 - Bosque - 69.901-380 - Rio Branco - Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax: 3224-9129

www.hsj.org.br

TERMO DE ESCLARECIMENTOS, CIÊNCIAS E CONSENTIMENTO (INFORMADO)

Pelo presente termo de esclarecimento, ciência e consentimento informado
Eu Carlos Jesus de Jesus
identidade Carlos Jesus de Jesus, paciente, responsável, declaro para que surta seus
legais efeitos que:

1) Fui informado (a) pelo médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelam as seguintes alterações e diagnósticos de meu estado de saúde:

Fretos vesicais doct

2) Da mesma forma, recebi todas as explicações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas de tratamento, sendo informado(a) também sobre os riscos de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da(s) enfermidade(s) diagnosticada(s).

3) Estou ciente de que durante o(s) exame(s) e/ou procedimento(s):

Exeto nada

na tentativa de cura ou melhora da (s) supra citada (s) condição (ões), possa (ão) apresentar-se outra (s) situação (ões) ainda não diagnosticadas pelo (s) exame (s) acima referido (s), assim como também poderá (ão) ocorrer situação (ões) imprevisível (eis) ou fortuita (s).

4) Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o citado, podem ocorrer complicações gerais com sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios. Além disso, as principais complicações associadas especificamente a este procedimento são as seguintes:

Infecção
Abalo de rins
Pseudo Acto

5) Estou ciente de que para realizar o (s) procedimento (s) acima especificado (s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, técnicas e utilização de fármacos anestésicos serão de indicação exclusiva do médico anestesiologista.

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 43 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAM. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 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 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/O PERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL