

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIA MARIA AVILA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02358-2

CONTA: 000010044547-0

Nr. da Autenticação F96E930ED83E59FB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280684

Cidade: Rio Branco

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MANESSES AVILA DE ALMEIDA

Data do acidente: 09/01/2019

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura tibio-distal esquerdo

Descrição do exame físico: cicatriz cirurgicade 8 e 10 cm na perna esquerda, aumento de volume do joelho, hipotrofia do quadriceps, limitação na flexao do joelho a120 graus e extensao do joelho a 10 graus, limitação funcional no tornozelo para a flexao a50 graus e extensao do tornozelo a 20 graus e redução da força muscular do membro.

Resultados terapêuticos: cirurgico para redução cruenta e osteossintese com placa e parafusos, e fisioterapia
Alta: Abril de 2019

Sequelas permanentes: limitação funcional moderado no joelho esquerdo conforme descrito no exame fisico, e redução da força muscular do membro.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/05/2019

Conduta mantida:

Observações: EM CONFORMIDADE COM AVALIAÇÃO TÉCNICA DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA E EXAME REALIZADO PAGO DANO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO 50%

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

0408050225/5821

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2607378

DATA: 09/01/2019 HORA: 19:31 USUARIO: RENIS

CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MANASSES AVILA DE ALMEIDA DOC.: NT
 IDADE: 15 ANOS NASC: 25/01/2003 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA SAO JORGE NUMERO: 02
 COMPLEMENTO: BAIRRO: JORGE LAVOURA
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP:
 NOME PAI/MAE: HELIA MARIA AVILA DA SILVA
 RESPONSÁVEL: SEG O PAC. O ACID FOI NA AVENIDA CEARA TEL.: NI
 PROCEDENCIA: AVENIDA NOVA CEARA
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [48 X 34 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [87] SPO2 [100]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Acidente ocorrido pelo SAMU, em prancha com um sistema de acidente motor (moto) relatado por um parente. Não perda de consciência e vômitos. AR: MV, SIRA Red: fluido, incluído sem entesos.

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dexametazona 2mg (IV)
 2) Paracetamol 1g (IV)
 3) Hematoma 3mg + SPT 3% (IV)
 4) Alta Curativa Geral

DATA DA SAIDA: 09/01/2019

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

19:28h ADMITIDO NA UTA, tratado pelo Serviço de SAMU, apresentando um acidente de trânsito, com lesão cervical, vítima de acidente moto e corpo vivo com trauma em MEE

— EF 08/01/2019 19:28h

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Cólica mto x corno			COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	PROBLEMA DE GASTROENTEROLOGIA				
DISCRIMINADOR	DOR MODERADA			Peso:	
PARÂMETROS	PA: 148 X 94 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 100 %	Pulso: 87 bpm	
	ESCALA DE DOR () 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 4 () 0			Glicemia: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	HORÁRIO DA CR: Tempo máximo: 3 minutos		() DESISTÊNCIA () EVASÃO Assinatura:		HORÁRIO:
	RECLASSIFICAÇÃO				

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

As ____:

Obs: Paciente com história de episódios de dor abdominal para o lado esquerdo com intensidade de 7/10, diarreia.

Conduta: 1) VACUUM 0,5ml de 2/00

2) SCL 500mg EV

3) Cefotaxima 1g EV

4) CEFOTAXIMA

5)

Dr. J. Leonardo Lacerda
Médico de Urgência
Ribeirão Preto, SP

SHAME! HUERB
CÓPIA



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

NovoAcre

Monseñor Arce de América

180

IBADE: 1 B.E.

OBSERVAÇÃO

LEITO

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
09/01/19 Fratina Filipe Dielall G. Cedou moto e Camo	(1) Dieta geral (2) Soro Sol Scoml EV 6/6h (3) SF Ogi 100 ml + 1 ampola de Plaval + 1 ampolas de frumal J (4) Cysloctine EV 6/6h (5) Gentamicina 240 mg em 100 ml de SF EV 1 vez dia (6) Omega 3d 40 mg EV 1 vez dia (7) Dicioner 1 ampolas EV 6/6h (8) Examen de laboratório v (9) Merino T-giron @ Merito 30°		POSCA 8 RC Tratamento do cicco cingido admitido pelo Hospitais de Pernambuco e Hospital de Luzilândia Ocorrer da Sífilis Contínua Vacc de Enfermagem COREN 388787
11/01/19 Alta com Curativos			
Ascendado p/ dia 14/01/19 Alta			
com Dilatações na HST.			



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de acidente de trânsito atingindo membro inferior (E) no lacrime físico ferimento contuso, parte antero medial da perna esquerda. Imagem de fratura 1/3 distal da tíbia. Refere muita dor.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pelo sintomas e sinais acima descritos

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

Ferimento + Fratura 1/3 externo da tíbia esquerda

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura 1/3 distal da tíbia esquerda

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

() CNS () CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. A. C. Ribeiro

08-10-2014

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

1/1



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com história de acidente de trânsito a partir de qual ocorreu o trauma no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, além de lesão no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur. Paciente encaminhado para tratamento cirúrgico.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pela realização de cirurgia.

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

Radiografia de membros superiores e inferiores.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor e incapacidade funcional do membro inferior esquerdo

História da Doença Atual: Acidente e fratura tibial esquerda em acidente de trânsito com X-mento

História da Doença Anterior: Fratura tibial (C)

Exame Físico: Paciente com comprometimento, deformidade e incapacidade funcional do membro inferior (C)

Diagnóstico Provisório: Rx com imagem de fratura na tibia distal (C)

Diagnóstico Definitivo: Fratura na tibia distal (C)

Motivo da Cobrança: 1

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 CONV. SOC. FAMILIAR
31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
41-ÓBITO COM 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. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

**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**FICHA DE INTERNACAO**Prontuário: **166834** - 2

Entrada: 13/01/2019

Hora: 1346

Apto/Leito: 109 A

Paciente:

MANESSES AVILA DE ALMEIDA

Reg. Geral: 12079014

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição: 19/08/2011

CPF: 02500448207

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 704308557675792

Sexo: M

Dt. Nasc.: 25/04/2004

Est. Civil: SOLTEIRO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 14 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: RUA SAO JORGE

Nro: 13 QD

Bairro.: JORGE LAVOCART

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999456140

Fone Contato: 68 999721136

Local de Trabalho:

Profissão:

PAI: RAIMUNDO PEREIRA DE ALMEIDA

MAE: ELIA MARIA AVILA DA SILVA

Resp.: ELIA MARIA AVILA DA SILVA

End.: RUA SAO JORGE

Nro.: 13 QD

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Cirúrgica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

Médico (a): RONEIDO TEOFILO DE CARVALHO

Observação: AIH EM ANEXO + SOLICITACAO DO SISREG NUMERO 274188049

COMPREV PREVIDENCIA S/A

14 MAR 2019

Atendente: Crys Lima da Silva

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de MANESSES AVILA DE ALMEIDA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Elia Maria Avila da Silva
ELIA MARIA AVILA DA SILVA

Rio Branco - AC, 13 de janeiro de 2019

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.

Elia Maria Avila da Silva
ELIA MARIA AVILA DA SILVA

Rio Branco - AC, 13 de janeiro de 2019

Confira com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 506 - Bosque

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO










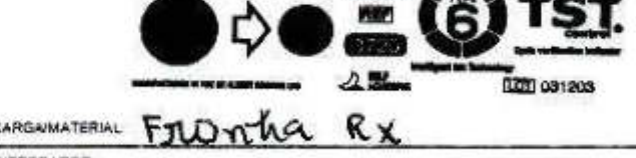





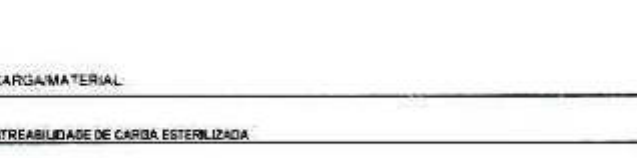
Às 14:00h Paciente admitido no setor da clínica cirúrgica, procedente de sua residência, em cuidados de nodos, para procedimento cirúrgico aos cuidados do Sr. Renato, acomodado ao suite comum, não utiliza medicamentos. Sem demais condições como dor e HVS. Dadas as orientações de enfermeira. Com em pré-operatório. Figue em repouso no suite, acompanhado de familiar, aguardando procedimento. PA: 110x70 mmHg; Fc: 65bpm; SpO2: 96%; Tax 36.2°C.

Joel Carlos da Silva Lima
Enfermeiro
CORENAC: 517085

Em 14.01.2019 8:00h Paciente deu entrada na sala 5, veio em maca em LOTE, portando A. O, pelo os cuidados do Sr. Renato + equipe. Realizado na quarentena. Às 08:05 pelo Sr. Renato. Às 8:30 m início do procedimento cirúrgico, sat: 100%. Fc 62 bpm 101x45 mmHg. Tratamento cirúrgico fratura tibial E. Às 9:24 m término da cirurgia, sem intercorrências, com SpO2 96% Fc 55 bpm PA 101x45 mmHg. Às 9:30 m Exame físico p/SR PA estável. Segue monitorado + anexo.

Maria Lianete
Enfermeira
CORENAC 070005

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

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS INSTRUMENTAL, CAIXA)			
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
ETIQUETA 	INTEGRADOR 	NUMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	

	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
Manasses Avila de Almeida	25/03/2009	14	M
NOME DA MÃE	LEITO	CONVÊNIO	
Elia maria Avila da Silva	109-A	SUS	
EQUIPE CIRÚRGICA			
CIRURGIÃO	INSTRUMENTADOR		
Dr. C. Mat. Tênia &	Rosemildo		
CIRURGIÃO	PERFUSIONISTA		
Dr. Ronildo	—		
1º AUXILIAR	ENFERMEIRO		
Dr. J. J. e Maccondes	Jeane / Fernanda		
ANESTESISTA	CIRCULANTE		
Dr. Ry	Wijanete / Ana Bursens		
DATA	SALA		
14/10/2019	05		

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)			
ETIQUETA	INTEGRADO	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
13.01.19 01 Data de Processo Data de Validade 13.02.19 03 No. do Operador	134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST. Control Intelligent Ink Technology LOT 031596	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
02	CARGA/MATERIAL: 10 teado		
ETIQUETA	INTEGRADO	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
13.01.19 01 Data de Processo Data de Validade 13.02.19 03 No. do Operador	134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST. Control Intelligent Ink Technology LOT 031596	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
02	CARGA/MATERIAL: 10 teado		
ETIQUETA	INTEGRADO	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
08.01.19 02 Data de Processo Data de Validade 23.01.19 03 No. do Operador	134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST. Control Intelligent Ink Technology LOT 031596	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
02	CARGA/MATERIAL: 10 teado		
ETIQUETA	INTEGRADO	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
13.01.19 01 Data de Processo Data de Validade 13.02.19 03 No. do Operador	134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST. Control Intelligent Ink Technology LOT 031596	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
16	CARGA/MATERIAL: Band. de Rague		
ETIQUETA	INTEGRADO	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS	
13.01.19 01 Data de Processo Data de Validade 13.02.19 03 No. do Operador	134°C-7min/121°C-20min STEAM REF 3725 TST. Control Intelligent Ink Technology LOT 031596	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>	
02	CARGA/MATERIAL: 10 teado		



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

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

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

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque - CEP: 69.900-631

Rio Branco-AC - Tel.: (68) 3212-4700 - Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME: Manoel Avila de Almeida PRONTUÁRIO: _____

IDADE: 14 SEXO: M PESO: _____ DATA: 14/01/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do fêmur direito, distal (E)

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____

CIRURGIAS REALIZADAS: osteossíntese

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:
☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA: Eletiva ANESTESISTA: Dr. Ney

EQUIPE CIRURGICA:
CIRURGIÃO: Dr. Ronaldo
1º AUXILIAR: Dr. Fátima / Dr. Marconcel
2º AUXILIAR: _____
ANESTESISTA: Dr. Ney
CIRCULANTE: _____

Hora Início: _____ Horá Término: _____ Duração: _____

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

Conferido com a O. 31
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 DDH, sob anestesia
- 2) Assepsia, antisepsia + coloração de campos estéril
- 3) Incisão anterior em parte esquerda, dissecção por planos até o polo da fratura, nádegas cuanta sob radioscopia.
- 4) Osteossíntese com Placa DP estreita + 07 parafusos corticais
- 5) controle radioscópico OK.
- 6) controle da hemostase OK.
- 7) Limpeza com SF 0.9%
- 8) Sutura por planos + curativo estéril.

ACIDENTES E INCIDENTES:

NENHUM

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

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

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Dr. Fabiano Copola Hamada
CRM - 1570/AC

CIRURGIÃO - CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

HOSPITAL SANTA JULIANA

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

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: *Manoel*

Nº Apt.: *109 A*

Data: *24.01.12*

Cirurgia: *4.º f. gástrico*

Início: *08:30*

Término: *09:30*

Pontuação Final:

Cirurgião: *Leandro*

Enfermeiro (o): *Glauco / Fernanda*

Anestesista: *Ney*

Tipo de Anestesia: *Rapida / Normal*

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>	<i>2</i>		
- Acorda quando chamado pelo nome	1				
- 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, icterico	1				
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2	<i>1</i>	<i>1</i>		
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1				
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total		<i>8</i>	<i>9</i>		

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação.

* Assinatura do Enfermeiro

Leandro
COREMAC: 387.04E

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Ney / Ney / 1937

Confira com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - B. São José

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

Às 09:45 deu entrada na RPA após procedimento
 cirúrgico. Remanescente, normotivo e pouco
 sonolento. Portando cat em SN com selo
 heparina em cufio e bom fluxo. Repõe-se
 cuidados da equipe e monitoração com oxí-
 métria de pulso. Sinais PA: 90 x 40 mmHg; 90%
 sat. P.O. 86 bpm. Às 10:00 repõe-se na RPA
 os cuidados da equipe. Sinais PA: 100 x 60 mmHg
 90% sat. P.O. 86 bpm. Às 10:15 repõe-se na RPA
 os cuidados da equipe. Sinais PA: 120 x 90
 90% sat. P.O. 86 bpm. Às 10:30 repõe-se na RPA os
 cuidados da equipe. Sinais PA: 120 x 80 mmHg; 90%
 sat. P.O. 86 bpm. Às 10:45. Verba informada pelo
 médico, encaminhado aos cuidados em ma-
 ter. Rec. Recusado 19/09/2012.

109 a/

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Phoco. 19 Fmms. 87. 217a

9. SIGNAIS VITAIS

KOTINA

Compre com a C
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-97
Rua Alvorada nº 806

7744-
Carrington Silva Lemos
Belo Horizonte
COPIAR: 517065

13.01.19 2003400
As 19.00% Patient

[illegible]

16c de Entrenamiento
COREN 971 5824C

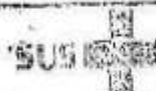
13.06.19 Dec 19 000407.00h

Patients are in pain

Ipsosid suprimido na maioria das
la medicado e por em lista
de apoio da do. co. co. p. n. g.
moleculares presentes, h. m. f.
do remans vitais no q. u. d.
medicados da en. f. m. g.
A 100 + 60 at 36 87997 F-42
~~Exatissima formula~~
Teste de imagem
COWARD YAC 704 057
SPM APP MSD

Nome do Paciente: Henares Alaita de Almeida
 Número do Prontuário: 166834 Cartão SUS/Convênio _____
 Doc. Identificação: () RG - () CPF: _____
 Nome da Mãe: _____
 Nascimento: 1 1 idade: 19 Sexo () F (X) M

SETOR:		ENFERMARIA		LEITO	
DATA:	TEMPO DE PERMANÊNCIA	DIAS DE PÓS OPERATÓRIO		OBSERVAÇÃO	
Nº	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO			
1	Diet. livre				
2	SF 0.9% 500ml EV 8h				
3	Paracetamol 1g EV 8h				
4	Fisioterapia EV 12h				
5	Fisioterapia EV 12h				
6	SF 0.9% 1000ml EV 12h				
7	Paracetamol 1g EV 24h				
8	Paracetamol 1g EV 8h				
9	Paracetamol 1g EV 8h				
10	Clonidina 1g EV 8h				
11	Paracetamol 1g EV 8h				
12	Paracetamol 1g EV 8h				
13	Paracetamol 1g EV 8h				
14	Paracetamol 1g EV 8h				
15	Paracetamol 1g EV 8h				
16	Paracetamol 1g EV 8h				
17	Paracetamol 1g EV 8h				
18	Paracetamol 1g EV 8h				
19	Paracetamol 1g EV 8h				
20	Paracetamol 1g EV 8h				
21	Paracetamol 1g EV 8h				
22	Paracetamol 1g EV 8h				
23	Paracetamol 1g EV 8h				
24	Paracetamol 1g EV 8h				
25	Paracetamol 1g EV 8h				
26	Paracetamol 1g EV 8h				
27	Paracetamol 1g EV 8h				
28	Paracetamol 1g EV 8h				
29	Paracetamol 1g EV 8h				
30	Paracetamol 1g EV 8h				
31	Paracetamol 1g EV 8h				
32	Paracetamol 1g EV 8h				
33	Paracetamol 1g EV 8h				
34	Paracetamol 1g EV 8h				
35	Paracetamol 1g EV 8h				
36	Paracetamol 1g EV 8h				
37	Paracetamol 1g EV 8h				
38	Paracetamol 1g EV 8h				
39	Paracetamol 1g EV 8h				
40	Paracetamol 1g EV 8h				
41	Paracetamol 1g EV 8h				
42	Paracetamol 1g EV 8h				
43	Paracetamol 1g EV 8h				
44	Paracetamol 1g EV 8h				
45	Paracetamol 1g EV 8h				
46	Paracetamol 1g EV 8h				
47	Paracetamol 1g EV 8h				
48	Paracetamol 1g EV 8h				
49	Paracetamol 1g EV 8h				
50	Paracetamol 1g EV 8h				
51	Paracetamol 1g EV 8h				
52	Paracetamol 1g EV 8h				
53	Paracetamol 1g EV 8h				
54	Paracetamol 1g EV 8h				
55	Paracetamol 1g EV 8h				
56	Paracetamol 1g EV 8h				
57	Paracetamol 1g EV 8h				
58	Paracetamol 1g EV 8h				
59	Paracetamol 1g EV 8h				
60	Paracetamol 1g EV 8h				
61	Paracetamol 1g EV 8h				
62	Paracetamol 1g EV 8h				
63	Paracetamol 1g EV 8h				
64	Paracetamol 1g EV 8h				
65	Paracetamol 1g EV 8h				
66	Paracetamol 1g EV 8h				
67	Paracetamol 1g EV 8h				
68	Paracetamol 1g EV 8h				
69	Paracetamol 1g EV 8h				
70	Paracetamol 1g EV 8h				
71	Paracetamol 1g EV 8h				
72	Paracetamol 1g EV 8h				
73	Paracetamol 1g EV 8h				
74	Paracetamol 1g EV 8h				
75	Paracetamol 1g EV 8h				
76	Paracetamol 1g EV 8h				
77	Paracetamol 1g EV 8h				
78	Paracetamol 1g EV 8h				
79	Paracetamol 1g EV 8h				
80	Paracetamol 1g EV 8h				
81	Paracetamol 1g EV 8h				
82	Paracetamol 1g EV 8h				
83	Paracetamol 1g EV 8h				
84	Paracetamol 1g EV 8h				
85	Paracetamol 1g EV 8h				
86	Paracetamol 1g EV 8h				
87	Paracetamol 1g EV 8h				
88	Paracetamol 1g EV 8h				
89	Paracetamol 1g EV 8h				
90	Paracetamol 1g EV 8h				



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - FEM

10 - RACIA/COR

11 - ETNIA

12 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - Nº DO PRONTUÁRIO

20 - Nº DO TELEFONE

21 - Nº DO TELEFONE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor e deformidade em M/E

Material
1) Cavo de grandes Fios 4,5mm.
2) Placa 14 furos Fortuit

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Urgência

Urgência com Dr. Ronaldo no HST no dia 14/01/19
paciente deve a internar 13/01/19 em jejum
rotura do 1/3 distal de tibia (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

25 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

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

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ronaldo Teófilo

10/01/19

29 - ASSINATURA

30 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

32 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

33 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - CNPJ EMPRESA

36 - DO ILHETE

37 - SÉRIE

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

39 - EMPREGADO

40 - EMPREGADOR

41 - AUTÔNOMO

42 - DESEMPREGADO

43 - APOSENTADO

44 - NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO ORIGINAL
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Paciente Kennesses Aguiar de Almeida Registro 66834-2 Data 14.01.19

Local: Unidade de Cirurgia e Anestesia Sala de Operações

Identificação - Hora <u>7 h 45</u>	Confirmação - Hora <u>7 h 58</u>	Registro - Hora <u>h</u>
<p>Paciente confirmou a identidade <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Pulseira de identificação presente <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Paciente sabe informar qual procedimento será realizado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual? <u>Tubia</u></p> <p><input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>Sítio Cirúrgico Demarcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Presença de Prontuário Completo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Consentimento Assinado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>Presença de Avaliação Pré Anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Motivo <u>punchido em sala</u></p> <p>Carro de Anestesia completo testado e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Monitorização instalada e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Alérgias conhecida?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Vias aéreas difícil ou com risco de aspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim. Equipamento / Assistência Disponível</p> <p>Risco de Perda Sanguínea > 500ml (07ml/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim e acesso venoso adequado</p> <p><input type="checkbox"/> Não há reserva de hemocomponentes?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado</p> <p>Presença de Próteses (dentária e outras)</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Observações</p>	<p>Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Cirurgião, Anestesiologista e equipe de Enfermagem confirmam verbalmente:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio Operatório</p> <p>Revisão do Cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:</p> <p><input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Duração prevista da cirurgia _____</p> <p>Previsão de Perda Sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão do Anestesiologista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo</p> <p>As imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Revisão da Equipe de Enfermagem com materiais necessários:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Instrumental necessário presente</p> <p><input type="checkbox"/> Materiais especiais (próteses, órteses)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Presença de Indicadores de esterilização</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Os equipamentos necessários presentes</p> <p><input type="checkbox"/> Alguma preocupação com equipamentos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?</p> <p>A Profilaxia antimicrobiana foi realizada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Observações</p>	<p>Registro Completo do Procedimento Intra-Operatório, incluindo o procedimento executado</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Registro Completo do Anestesia, incluindo medicamentos administrados</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Registro Completo de Enfermagem</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Venoclise e Soro Identificado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Sonda Vesical fixada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>A contagem de compressas está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>A contagem de instrumental está correta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Com lesão <input checked="" type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Qual lesão? _____</p> <p>Identificação da amostra para anatomia patológica adequada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Observações</p>
<p>Cirurgião: <u>Ronildo</u></p> <p>CRM: _____</p> <p>Auxiliar de cirurgia 1: <u>Jatene</u></p>	<p>Anestesiologista: <u>Ruy</u></p> <p>CRM: _____</p> <p>Enfermeira: <u>jeane</u></p>	<p>Responsável pelo preenchimento: <u>Jeane</u></p> <p>CRM: <u>001.325.403</u></p> <p>Registro: _____</p> <p>Assinatura</p>

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190200671 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANESSES AVILA DE ALMEIDA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM REGIÃO ANTERO MEDIAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). PÁG 11

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA EM TRATAMENTO. FRATURA RECENTE EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO.
DATA DO ACIDENTE: 09/01/2019 DATA DA CIRURGIA: 14/01/2019

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

968620804

VALIDA EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS

968620804

PROIBIDO PLASTIFICAR

968620804

PROIBIDO PLASTIFICAR

Nome

NORICELTO SILVA DE ASSIS

Doc. Identific. / Org. Emissor / UF

10524158 SSP AC

CPF

959.610.032-73

Data Nascimento

07/13/1986

Função

MANOEL CORDEIRO DE
ASSIS
RAIR EVARISTO DA SILVA

Permissão

AC

ACE

AC

IPRESSO

968620804

VALIDADEZ

26/11/2012

VALIDACAO

09/08/2007

OBSERVAÇÕES

LOCAL

RIO BRANCO - AC

ASSINATURA DO PORTADOR

27/11/2012

Assinado

Luiz de Sá R. Carvalho

Secretaria Geral

Detran / AC

96388041252
AC405862865

DETRAN - AC (ACRE)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0249027 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/07/1992

NOME ELIA MARIA AVILA DA SILVA *C.S.F.*
44 286

PADRAO LAURINDO PEDRO DA SILVA
 GUILHERMINA AVILA

INTERVALO SENA MADUREIRA-AC DATA DE NASCIMENTO 04/05/1965

QUOT. ORDEM CERT. NASC. 35016 LIV 48 FLS 13

7 CART SENA MADUREIRA-AC

[Handwritten signature and stamp]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINO DE MELO

Elia Maria Avila da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número do CPF

562.156.222-49

Nome
ELIA MARIA AVILA DA SILVA

Nascimento
04/05/1965



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DA RECURSA LÍQUIDA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA DO GOV. DO ACRE



Polgar Direito



MANESSES Av. DE ALMEIDA

RESISTÊNCIA DO POLAR

CANTERA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

DEPARTAMENTO DE REGISTRO DA RECURSA LÍQUIDA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA DO GOV. DO ACRE

MANESSES AVILA DE ALMEIDA

RAIMUNDO PEREIRA DE ALMEIDA

ELIA MARIA AVILA DA SILVA

NATURALIDADE

RIO BRANCO - AC

DOC. 00000000

CERTID. NASC. 57039 FLS 101 LIV A-193

3 OF RIO BRANCO - AC

025.004.482-07

1 VIA

DATA DE NASCIMENTO

25/01/2004

DATA DE EXPIRAÇÃO

19/08/2011

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE IDENTIDADE

0408050225/5821

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2607378

DATA: 09/01/2019 HORA: 19:31 USUARIO: RENIS

CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MANASSES AVILA DE ALMEIDA DOC.: NT
 IDADE: 15 ANOS NASC: 25/01/2003 SEXO: MASCULINO
 ENDEREÇO: RUA SAO JORGE NUMERO: 02
 COMPLEMENTO: BAIRRO: JORGE LAVOURAT
 MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP:
 NOME PAI/MAE: HELIA MARIA AVILA DA SILVA
 RESPONSÁVEL: SEG O PAC. O ACID FOI NA AVENIDA CEARA TEL.: NI
 PROCEDENCIA: AVENIDA NOVA CEARA
 ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
 CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA [48 X 34 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [87] SPO2 [100]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Acidente ocorrido pelo SAMU, em prancha com um sistema de acidente motor (moto) relatado por um parente. Não perde a consciência e não tem AR: MV, SIRA Red: fluido, incluído sem entesos.

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

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

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Dexametazona 2mg (IV)

2) Paracetamol 1g (IV)

3) Hemoglobina 300 (IV)

4) Soro fisiológico 1L (IV)

DATA DA SAIDA: 09/01/2019

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

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA

[] IML

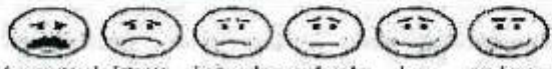
[] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

19:28h ADMITIDO NA UTA, tratado pelo Serviço de SAMU, com um atendimento em modo, sem lesões visíveis, vítima de acidente moto e capela veio com trauma em MEE

— EF 08/01/2019 19:28h

NOME DO PACIENTE				IDADE	
QUEIXA PRINCIPAL	Cólica mto x corno			COMORBIDADES:	
FLUXOGRAMA	PROBLEMA DE GASTROENTEROLOGIA				
DISCRIMINADOR	DOR MODERADA			Peso:	
PARÂMETROS	PA: 148 X 94 mmHg	Temp.: °C	Sat. O2: 100 %	Pulso: 87 bpm	
	<p>ESCALA DE DOR</p>  <p>Insuperável Intensa Incômoda moderada leve nenhuma</p> <p>() 10 () 8-9 () 7 () 5-6 () 4 () 0</p>			Glicemia: mg/dL	
CLASSIFICADOR (carimbo e assinatura)	<p>Dr. João da C. Silva</p> <p>COREN: 104.384</p>		<p>HORÁRIO DA CR:</p> <p>Tempo máximo: 3 minutos</p>	<p>() DESISTÊNCIA</p> <p>() EVASÃO</p> <p>Assinatura:</p>	HORÁRIO:
	RECLASSIFICAÇÃO				

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As ____ 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/COREN:

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO EMERGÊNCIA

As ____:

OBSEVADA EMERGENCIA

Dr. Roberto - paciente com história de icterícia de 1 mês, 2 dias para o lado direito com ingurgimento de fígado, distensão abdominal.

Conduta - 1) VACUUM 0,5ml de 2/00

2) SCL 500mg EV

3) Cefotaxima 1g EV

4) CEFOTAXIMA

DR. ROBERTO

Dr. J. Leonardo Lacerda
Médico de Urgência
Autarquia Municipal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	025.004.482-07	Manasses Araújo de Almeida	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Manasses Araújo de Almeida		025.004.482-07	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Estudante	Rua São Jorge, D. 61, C. 02	13	652
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Jorge Lacerda	Rio Branco	AP	69.922-034
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(68) 39345-6140		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2358 2 CONTA: 44547 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Rio Branco - AP, 27/02/2019.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000954/2019-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/01/2019 18:36 Data/Hora Fim: 10/01/2019 18:37
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 1ª Regional
Data/Hora do Fato: 09/01/2019 18:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: RUA AVIÁRIO

Bairro: Aviário

Ponto de Referência: PROX A TAKIGAUÁ
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: LUCAS ALEXANDRO SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RO - Pimenta Bueno Sexo: Masculino Nasc: 28/05/1998
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Vilma Batista de Souza Nome do Pai: Sebastião Ferreira dos Santos

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 11813873
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 040.165.682-93

Endereço

Município: Rio Branco - AC
Logradouro: TRAV BENJAMIN CONSTANT
Bairro: CERÂMICA
Telefone: (68) 99936-2496 (Celular)

Nº: 387



Nome Civil: MANASSES ÁVILA DE ALMEIDA (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 25/01/2004
Profissão: Estudante
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Raimundo Pereira de Almeida Nome do Pai: Elia Maria Ávila da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 025.004.482-07

Endereço

Município: Rio Branco - AC



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 1ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 000954/2019-A02

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 040.165.682-93	Placa NAE8999
Renavam 00261169386	Número do Motor JC41E1A097288
Número do Chassi 9C2JC4110AR097288	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor PRETA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/08/2018	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO
Nome Envolvido	Envolvimentos
Lucas Alexandro Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava em sua moto na estrada do Aviário, quando no trecho supracitado veio a colidir com um veículo Logan preto; que o garupa, vítima menor, veio a sofrer maior lesão, fraturando a tibia, ficou hospitalizado e irá aguardar cirurgia; O comunicante ficou lesionado em sua perna esquerda com luxação. Que a polícia e perícia estiveram no local. Registra este boletim para os procedimentos cabíveis.

ASSINATURAS

Tatiane Nascimento de Araújo
Responsável pelo Atendimento

x

Lucas Alexandro Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

1157

NÚMERO FOLHA

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

ESTRADA DO AVIÁRIO

03 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

04 UF

AC

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

PRÓXIMO AO RUIZAS

06 HORA DA OCORRÊNCIA

13:06

07 ZONA RURAL / URBANA

☒ URBANA

08 DATA

10/01/19

09 DIA DA SEMANA

QUARTA

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 ☐ 9

AREIA ☐ 2

12 CONDIÇÕES DA VIA

SECA ☐ 1

MOLHADO ☒ 3

OLEOSA ☐ 5

ENLAMEADA ☐ 7

DANIFICADA ☐ 9

OBRAS ☐ 2

13 CONDIÇÕES DO TEMPO

BOM ☒ 1

CHUVA ☐ 3

NEBLINA ☐ 5

GAROA ☐ 7

14 N° DE VEÍCULOS

02

15 N° DE VÍTIMAS

02

SEM VÍTIMAS ☐

COM VÍTIMAS ☒

16 NOME CONDUTOR

FRANCISCO EMERSON PEREIRA

17 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

18 NASCIMENTO

06/03/96

19 ENDEREÇO

R. MARTIN, Nº: 256, ATY. 02, XAVIER MAIA, TEL. 9998.44208

20 1ª HABILITAÇÃO

06/01/2015

21 CATEGORIA

AB

22 PRONTUÁRIO

06275232402 AC

23 UF

AC

24 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

25 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

26 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

27 MARCA

RENAULT LOGAN VEICULO PASSAGEIRO

29 PLACA

MZU-8035

30 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

31 UF

AC

32 NOME DO PROPRIETÁRIO

SEBASTIAO DIAS DE OLIVEIRA

33 ENDEREÇO

34 CHASSIS

93YL5R7RH37532222

36 AVARIAS

SETOR LATERAL ESQUERDO

38 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

CENTRO / BAIRRO

40 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECEU NO LOCAL.

42 NOME CONDUTOR

LUCAS ALEXANDRO SANTOS

43 SEXO

M ☒ 1 F ☐ 3

44 NASCIMENTO

21/09/98

45 ENDEREÇO

TRAV. BENJAMIN CONSTANT, Nº: 387, CENTRO, TEL. 993362496

46 HABILITAÇÃO

20/05/2018

47 CATEGORIA

AB

48 PRONTUÁRIO

07051024409 AC

49 UF

AC

50 EX. MÉDICO EM DIA

SIM ☒ 1 NÃO ☐ 3

51 USAVA CINTO

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

52 USAVA CAPACETE

SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3

53 MARCA

HONDA CB-125 FAN KY

54 ESPÉCIE

PASSEIRO

55 PLACA

NAB-8939

56 MUNICÍPIO

RIO BRANCO

57 UF

AC

58 NOME DO PROPRIETÁRIO

LUCAS ALEXANDRO SANTOS

59 ENDEREÇO

0 MESMO

60 CHASSIS

9C2JC4LLOAR097288

61 COMPARECEU NO POSTO

SIM ☐

NÃO ☐

62 AVARIAS

SETOR FRONTAL

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

BAIRRO / CENTRO

66 AÇÃO DO CONDUTOR

PERMANECEU NO LOCAL.

68 NOME

CONFERE COM O ORIGINAL

71 ENDEREÇO

EM 15/10/19

75 NOME

EM 15/10/19

78 ENDEREÇO

EM 15/10/19

72 IDENTIDADE Nº

Vitor de Oliveira Pires

Arquiteto e Urbanista

CAD/BR 1158773

DETRAN/AC

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

70 NASCIMENTO

73 ÓRGÃO EMISSOR

74 UF

69 SEXO

M ☐ 1 F ☐ 3

77 NASCIMENTO

80 ÓRGÃO EMISSOR

81 UF

VEÍCULO / CONDUTOR

VEÍCULO / CONDUTOR

TESTEMUNHAS

15 COMPARECEU NO POSTO
COM REV. PREVISÃO S/A
14 MAR 2019
PROTOCOLO

37 CARRO 
39 MOTO 
EXAME ALCOÓLICO REALIZADO
SIM ☐ NÃO ☐

63 CARRO 
65 MOTO 
EXAME ALCOÓLICO REALIZADO
SIM ☐ NÃO ☐

