

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAIR DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000051935-4

Nr. da Autenticação 7D18167142402811

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAIR DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000051935-4

Nr. da Autenticação CB68A42FF379E97C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190192903 **Cidade:** Porto Acre **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NAIR DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 12/07/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do punho direito, fratura exposta de região distal de radio e ulna direitos em decorrencia de trauma por colisão de motocicleta com vaca no dia 12/07/2018

Descrição do exame físico: Vítima com o membro superior direito em tipoia, apresenta cicatriz de cirurgia no punho direito, punho direito e mão direita algo edemaciados, deformidade do dorso do punho direito, semianquilose do punho direito, punho direito em flexão permanente, redução da força muscular do membro superior direito; sensibilidade cutanea da mão direita e punho direito diminuida; movimentos do punho direito , mão direita e dedos da mão direita bastante limitados, mão direita e punho direito algo dolorosos á palpação

Resultados terapêuticos: Vítima de colisão de motocicleta com animal (vaca), tendo sido encaminhada ao PSA/HUERB , onde foi diagnosticado fratura exposta de punho direito, medicada com antiinflamatórios, analgesicos, sendo submetida a cirurgia ortopédica com fixadores externos, permanecendo internada no HUERB até o dia 19/07/2018, quando recebeu alta e foi encaminhada ao ambulatório de Ortopedia da FUNDHACRE (Hospital das Clínicas), tendo realizado sessões de fisioterapia por quatro meses, sendo medicada com analgesicos e antiinflamatórios por quinze dias,estando aguardando reavaliação ortopedica

Sequelas permanentes: Conforme descrito no exame físico a vitima apresenta deficits funcionais permanentes como deformidade do punho direito , semianquilose do punho direito, limitação de movimentos do punho direito, mão direita e dedos da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: HOUVE AGRAVAMENTO

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190192903
Vítima: NAIR DOS SANTOS COSTA

Cidade: Porto Acre
Data do acidente: 12/07/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/03/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO E ULNA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (16 E 17 ALTA).

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190192903

Nome do(a) Examinado(a): NAIR DOS SANTOS COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RM DO CAPELÃO, 1621 - Porto Acre/AC - CEP 69927-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06196911704 - DETRAN

Data e Local do Acidente : 12/07/2018

Data e Local do Exame : 26/04/2019 RUA FRANCISCO MANGABEIRA, 253 - SALA 11 - RIO BRANCO/AC - CEP 69900-688

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do punho direito, fratura exposta de região distal de radio e ulna direitos em decorrencia de trauma por colisão de motocicleta com vaca no dia 12/07/2018

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de colisão de motocicleta com animal (vaca), tendo sido encaminhada ao PSA/HUERB , onde foi diagnosticado fratura exposta de punho direito, meeidcada com antiinflamatorios, analgesicos, sendo submetida a cirurgia ortopédica com fixadores externos, permanecendo internada no HUERB até o dia 19/07/2018, quando recebeu alta e foi encaminhada ao ambulatorio de Ortopedia da FUNDHACRE (Hospital das Clinicas), tendo realizado sessões de fisioterapia por quatro meses, sendo medicada com analgesicos e antiinflamtorios por quinze dias,estando aguardando reavaliação ortopedica.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima com o membro superior direito em tipoia, apresenta cicatriz de cirurgia no punho direito, punho direito e mão direita algo edemaciados, deformidade do dorso do punho direito, semianquose do punho direito, punho direito em flexão permanente, redução da força muscular do membro superior direito; sensibilidade cutanea da mão direita e punho direito diminuida; movimentos do punho direito , mão direita e dedos da mão direita bastante limitados, mão direita e punho direito algo dolorosos á palpação.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Conforme descrito no exame físico a vitima apresenta deficits funcionais permanentes como deformidade do punho direito, semianquilose do punho direito, limitação de movimentos do punho direito, mão direita e dedos da mão direita.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

punho direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Vitima de acidente por colisão de motocicleta com animal (vaca) no dia 12/07/2018, tendo sido conduzida ao PSA/HUERB, onde foi submetida a cirurgia ortopedica com fixadores externos, permanecendo oito dias internada no HUERB, posteriormente sendo encaminhada ao ambulatório de Ortopedia do Hospital das Clinicas (FUNDHACRE), tendo sido medicada com analgesicos e antiinflamtorios, tendo reazliado sessões de Fisioterapia, por quatro meses. Apresentou laudo médico assinado por ortopedista, datado de 22/03/2018, prontuario de internação no HUERB no periodo citado, radiografia apresentando fraturas consolidadas da região distal da ulna e rádio.

DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAU
DA LAUDARE, PARA USO EXCLUSIVO DA LAU

EDSON MESSIAS DO NASCIMENTO CHAVES CRM :
62 / UF :AC

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

NO. DO BE: 2567412 DATA: 12/07/2018 HORA: 20:32 USUARIO: TAMBORINI
CNS: 705007200492251 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : NAIR DOS SANTOS COSTA DOC..: CNH
IDADE: 36 ANOS NASC: 13/03/1982 SEXO..: FEMININO
ENDERECO: RODOVIA AC 10 KM 35 NUMERO:
COMPLEMENTO: VEIO DE SAMU BAIRRO:
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE: ANTONIO LOURENJO DA COSTA /CLARA FERREIRA DOS SANTOS COST
RESPONSAVEL: IRMA- MARIA IVANI TEL...: 99908 3660
PROCEDENCIA: MUNICIPIO PORTO ACRE
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO
CASO POLICIAL: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [124 x 79 mmHg] PULSO [] TEMP. [] PESO [] FC [71] SPO2 [97%]

EXAM. COMPL. [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TCO [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: *um dolor cervical*

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / / 16.00

Paciente trazida pelo Samu, ambulante, vítima de colisão moto x mota, com
um deslocamento de 10 cm para trás e contusão D. *(A) Vértebra, um dolor na
coluna cervical (B) dolor simétrico, um edema subcutáneo, NV + 1/RA. (C) BCNF,
RCR 2T, pele intacta, abdomen flácido / dolor à palpação, N/mais de volt. perit. no momento*

OBJS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
(D) ECG 15/15, pupilas isocáricas e fotorreceptoras (E) Fratura exposta em punho

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] *refere dor à palpação da
região esternal*

DIAGNOSTICO: Fratura exposta em punho D

CID:

hx punho D / TÓRAX PRESCRIÇÃO

Gitalil 1amp (EV)

Dipirona 1amp (EV)

Gfagelina 1g (EV)

Ribeirada da cirurgia - Analgésicos pela ortopedia

COMPREV PREVIDÊNCIA S/AC
12 MAR 2018
PROTÓCOLO
AG. RIO BRANCO

DATA DA SAIDA: / /

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

Luis CRIMIUS: ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CRIMBIO DO MEDICO

As 20:32 hs. paciente admitida neste hospital procedente
de via pública conduzida pelo SAMU, vítima de colisão
moto / mota, com trauma em M5. Téc. Enf. fez mais
As 22:00 hs paciente admitida na obs trauma, Lote, portaria
do AVP em MSE em soroterapia, aos cuidados da prof
pela

Ortopedico às 08:00 AM.

Prevendo muito do risco de haveria de quebrar a clavícula
Ponto fraco, mas houve rotura (vidente o frasco
(como x-ray)).

Em todo fravamento sangramento profundo e profundo
no ponto fraco.

Px: Fratura simples do ponto fraco. sem gume
deus intervalos.

IXpx: Fratura do ponto fraco distal exposto.

Intervenções

- Poder extenso.

02:30' Deu entrada na cirurgia em ~~anterior~~ ^{anterior} e oriental

Paulo Souza
Estevam
Carmo



SAMEI AUERS
CONCEPCION, CHILE
CONCEPCION, CHILE

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91229
Numero do CNS.....: 705007200492251
Nome.....: NAIR DOS SANTOS COSTA
Documento.....: CNH
Data de Nascimento: 13/03/1982 Tipo :
 Idade: 36 anos
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: ANTONIO LOURENHO DA COSTA
Nome da Mae.....: CLARA FERREIRA DOS SANTOS COST
Endereco.....: RODOVIA AC 10 KM 35 VEIO DE SAMU
Bairro.....:
Telefone.....: 99908 3660
Municipio.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2567412
Clinica.....: 007 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "A"
Leito.....: 999.0116
Data da Internacao: 12/07/2018
Hora da Internacao: 21:02
Medico Solicitante: 811.222.412-91 - ALUIZIO ALVES PEREIRA JUNIOR
Proced. Solicitado: 04.08.02.043-1
Diagnostico.....: S52.3
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERS
CÓPIA
CONCORTE - ORIGINAL



Código Solicitação: 248623659

Número AIH: 121810029145-2

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	CNES:		
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO	2001578		
Unidade Executante:	CNES:		
HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO	2001578		
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante		
AV NACDES UNIDAS - 700 - - BOSQUE	RIO BRANCO		
Central Reguladora	CENTRAL ESTADUAL - AC		
Data de Solicitação	13.07.2018 - 16:29:42	Operador	SOL.HUERB-INGRID
Data de Autorização	18/07/2018 - 15:19:27	Operador	REG-ROSSANA
Data de Reserva	19.07.2018	Operador	EXEC-INGRID-HUERB
Data de Internação	12.07.2018	Operador	EXEC-INGRID-HUERB
Data Prevista de Alta	13.07.2018	Operador	EXEC-INGRID-HUERB
Data de Alta	20/07/2018 - 11:39:24	Operador	EXEC-INGRID-HUERB
Motivo da Alta	1.2 ALTA MELHORADO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	Nome Social/Apellido:		
705007200492251	---		
Nome do Paciente	Naturalidade:		
NAIR DOS SANTOS COSTA	RIO BRANCO - AC		
Nome da Mãe	Raça:		
CLARA FERREIRA DOS SANTOS COSTA	PARDA		
Sexo:	Tipo Sanguíneo:		
FEMININO	---		
Data de Nascimento:	Logradouro:	Complemento:	
13/03/1982 (36 anos)	TRANSACREANA		
Tipo Logradouro:	1/714		
RODOVIA	Bairro:	CEP:	
Número:	AYRTON SENA	69911-880	
47	Município de Residência:	UF:	
País de Residência:	RIO BRANCO	AC	
BRASIL			
Telefone(s):			
(68) 99976-1009 (Exibir Lista Detalhada)			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
	DR. ALUÍZIO	APROVADA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
24849668810	MARCO AURELIO BRANCO	
Diagnóstico Inicial - CID:		
S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO		
Caráter	Classificação de Risco	
11 - Urgência	Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Clinica:	Clinica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	0408020431	

CANCELAMENTOS DE AUTORIZAÇÕES

Dt.Reserva	Unidade	Operador	Motivo Cancelamento
14.07.2018	HOSPITAL GERAL DE CLINICAS DE RIO BRANCO	Sistema	Não Internou na data prevista

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
DOR NO PUNHO DIREITO + DEFORMIDADE/td>
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO + ANAMNESE
Condições que Justificam a Internação:
DEU ENTRADA DIA 12/07/2018 ESTA INTERNADA NA CCB MACA 7 BE:2567412

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:



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

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Mauri dos Santos Costa

8 - N° DO PRONTUÁRIO

91229

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

DATA DE NASCIMENTO

13.03.82

9 - SEXO

Male: Fem:

10 - RACA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Clara Ferreira dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 11 N° DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD: 11 N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rod. AC-10 Km 35

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio Branco

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor no punho direito f. deformidade.

SAÚDE MUNICIPAL
CENTRO DE ATENDIMENTO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Procedimento cirúrgico

CONFERIDA

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

Exame Tisiológico + Anamnese

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura exposta do molar esquerdo deslocada

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fixação externa

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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM-295

13/09/13

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ/EMPRESA

42 - CHAM. EMPRESA

44 - CBOR

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

46 - CNPJ/EMPRESA

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

Código 248623659

Unidade Solicitante:	CNES:	
HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO	2001578	
Município Regulador	Unidade Desejada:	
CENTRAL ESTADUAL - AC	HOSPITAL GERAL DE CLÍNICAS DE RIO BRANCO	
Unidade Desejada:	CNES:	
	2001578	
Data Descrigada:		
13/07/2018		
CNS:		
705007200497251		
Nome do Paciente:	Nome Social/ Apelido:	
NAIR DOS SANTOS COSTA		
Sexo:	Raça:	
FEMININO	PARDA	
Data de Nascimento:	Tipo Sanguíneo:	
13/03/1982 (36 anos)		
Nome da Mãe:	Naturalidade:	
CLARA IERRUIRA DOS SANTOS COSTA	RIO BRANCO - AC	
Tipo Logradouro:	Logradouro:	
RODOVIA	TRANSACREANA 1/714	
Número:	Bairro:	
47	AYRTON SENNA	
País de Residência:	Município de Residência:	
BRASIL	RIO BRANCO	
Telefone(s):	Complemento:	
(68) 99976-1009 [Exibir Lista Detalhada]		
Nome do Responsável:	Telefone do Responsável:	
Não informado	Não informado	
CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
	DR. ALUÍZIO	PENDENTE
Diagnóstico Inicial - CID:		
FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO - S523		
Classificação de Risco:		
urgência, atendimento o mais rápido possível.		
Caráter:		
11 - Urgência		
Clínica:	Clínica Complementar:	
ESPIR - CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIÁFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA URNA	0408020431	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos:		
DOOR NO PUNHO DIREITO + DIFORRIDADE		
Principais Resultados de Prvax Diagnósticas:		
EXAME FÍSICO + ANAMNESE		
Condições que Justificam a Internação:		
DEU ENTRADA DIA 12/07/2018 ESTA INTERNADA NA CCB MACA 7 RE:2567412		
Natureza da lesão:		
Fratura - F 1		
Situação:	Operador Solicitante:	
PENDENTE	SOLHUEIR-INGRID	
Motivo de Impedimento do Regulador:		
Assinatura e Carimbo do Médico Solicitante (examinador)	CRM:	Data:
		13.07.2018 - 16:29:42

Data da Extração dos Dados: 13/07/2018 16:29:42

Nova Solicitação: Imprimir



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

NovoAcre

UNIDADE

NAME: Rain does son los costa

IDADE: 36 B.E.:

IDADE: 36 B.E.: _____ OBSERVAÇÃO _____ LEITO: 00/00/00

EVOLUÇÃO DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

13/07/18	Fratura exposta do rodízio e luxo distôis	①. Oito cm traseiro ②. Soco profundo localizado 1000 milímetros + 500 ③. Diâmetro 40 mm (0.160). ④. corpo lotado 1000 milímetros ⑤. Gomito cicatrizado 2400 milímetros + 250 real 500, QR 1000 milímetros	21:38' Estaminharia accc 04/10/18 07/10/18 07/10/18 07/10/18 07/10/18 07/10/18
		⑥. Soco profundo 400 milímetros + 100 ⑦. Plano distôis IV 8/04/2018. ⑧. Coração novo' novo'	07/10/18 07/10/18 07/10/18
		⑨. Oito cm traseiro ⑩. Soco profundo 400 milímetros + 100 ⑪. Plano distôis IV 8/04/2018. ⑫. Coração novo' novo'	07/10/18 07/10/18 07/10/18
		⑬. Oito cm traseiro ⑭. Soco profundo 400 milímetros + 100 ⑮. Plano distôis IV 8/04/2018. ⑯. Coração novo' novo'	07/10/18 07/10/18 07/10/18
		⑰. Oito cm traseiro ⑱. Soco profundo 400 milímetros + 100 ⑲. Plano distôis IV 8/04/2018. ⑳. Coração novo' novo'	07/10/18 07/10/18 07/10/18

⑨ Echoes also

~~Alvis~~ ~~Major~~
~~Matrix~~ ~~CRP~~ 061

卷之三

卷之三

卷之三

卷之三



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

REGISTRO

PACIENTE

NAIR DOS SANTOS COSTA

EVOLUÇÃO

IDADE

36

PRESCRIÇÃO

LEITO

174

HUERB

Hospital Universitário do Estado do Acre

CLÍNICA

CMCMB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DMDT 12/07/18

FX EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA
DISTAIS DIREITO.

LIMPEZA CIRÚRGICA +
ESTERNO
FIXADOR

AD EXAME APRESENTA EDEMA 2x4+
NEUROLOGICO E PERFUSÃO NAO
REALIZADO POR DOR

SOLICITO RX DE CONTROLE.

PASSAR O CASO
FRANCIS, 16/07/18

DIETA VÔ LIVRE S/N

2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8/8H 5/90 5/50 5/00
6/16 2/2 0/4

3. DIPRORONA 1GR EV DILUIDO 6/8H
4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H 5/11

5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H 5/11

6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 5/11

7. CUIDADOS GERAIS
8. SINAIS VITais
9. CURATIVO DIARIO 10

10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8/8H 12/20/18

11. GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA 12/20/18

Paulo Meirelles S
Para proceder a limpeza e
curativo de 10 a 12/20/18

HORÁRIO

das 10 as 14:00 h

DACH Seguir Regime (DNU -
enjada - bom - bom PA 6/10x70

min H2 acetato medicado

dieta eletrolytes di urina

Deverá ser realizada

curativo

DACH evm

Quando norte morre-

nto - quando

6/8/3 14/20/18

17/07/18/20/18

Paulo Meirelles S

same

cópia

CONFIRMADO



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

HUERB
Hospital Universitário
Centro de Referência em Reabilitação

REGISTRO	PACIENTE	NAIR DOS SANTOS COSTA		CLINICA	LEITO	HUERB
				CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B	174	
EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
DMDT 12/07/18 FX EXPOSTA DE RÁDIO E URNA DISTAIS DIREITO. LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO		1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML EV CADA 8H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/5H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV BIBH/SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		04.30 AM. Cliente. A cliente dirigido à enfermeira orientado quanto à sua retenção de urina. Preencheu o bico de urinígrafo e urinou. 418.986	SPANIE / HUERB COTAS CONSUMIDAS CONFIRMADA	
AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLOGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR		7. CUIDADOS GERAIS 8. SINAIS VITais		10/07/18	PRESTADOR DE SERVIÇOS DR. FRANCIS. 16/07/18	
SOLICITO RX DE CONTROLE. PASSAR O CASO PARA DR. FRANCIS. 16/07/18		9. CURATIVO DIARIO 10. CEFAZOLINA 1GR EV CADA 8H H		16/07/18	GENTAMICINA 240 MG+ SF 500ML IV 1X DIA	

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



digitado e impresso em: 18/07/2018 às 15:54:33

HUERB
Hospital Universitário
Centro de Referência da Acre

REGISTRO	PACIENTE	NAIR DOS SANTOS COSTA	IDADE	36	CLÍNICA	CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B	LEITO	174	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO					
D/D/DT 12/07/18 FX EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA DISTAIS DIREITO. LIMPEZA CIRÚRGICA + EXTERNO	1. DIETA VÔLVEDRE S/N 2- SF 0,9% 500ML IV CADA 8/8H 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SN 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA <u>6/07/18</u> AO EXAME APRESENTA EDEMA 2+4+ NEUROLOGICO E PERFUSÃO NÃO REALIZADO POR DOR SOLICITO RX DE CONTROLE. PASSAR O CASO PARA DR FRANCIS, 16/07/18			17:00 - associado curvatura e dor curvatura dor - 5/1 05:00 Poc PA=120x80 mmHg. Drenagem momento não se acomodada Rio liso			 Dr. Paulo Orsi Góes 16/07/18 17:00		



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB

SABAE / HUERB
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 00:45 SALA 02 DATA 13/07/18

NOME DO PACIENTE Mair dos Santos Soete ID 36 anos

PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()

ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTROS () Bleuquio

INÍCIO DA ANESTESIA 01:35 TÉRMINO DA ANESTESIA

PROCEDIMENTO REALIZADO Limpza urinaria + fixação uterina

INÍCIO DA CIRÚRGIA 01:45 TÉRMINO DA CIRÚRGIA 02:30

CIRURGIAO Dr. Antonio Inay, Dr. Robson Bauxiliar(ES), Dr. Aluizio RZANESTESISTA Dr. Gláucio INSTRUMENTADOR SérgioCIRCULANTE Andrea, Fátima ENF Paulo.

MEDICAÇÕES E MATERIAIS UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5%	AGULHA DESC N° 40 x 12 - 1	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA S/ VASO	ALCOOL 70%	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA C/ VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENE
COLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE	FORMOL
COLAGENASE POMADA	AGULHA PERIDURAL	FURADEIRA ✓
DORMINID	ASPIRADOR	GAZES 150 un.
DIPIRONA	ATADURA GESSADA	GELFOAM
DIAZEPAN	ATADURA DE CREPON 30cm - 5	GORRO □
DILUENTE	ABOCATH N°	INTRACATH N°
DOPAMINA	BISTURI ELÉTRICO	KIT DRENO DE TÓRAX N°
EPINEFRINA	BOLSA COLETORA DE URINA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
FENTANIL	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
FUROSEMIDA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVA CIRÚRGICA 8,0
HIDROCORTIZONA	COLETOR UNIVERSAL	LUVA CIRÚRGICA 8,5
KEFLIN	CATETER NASAL TIPO ÓCULOS	LUVA P/ PROCEDIMENTO □
KETALAR	CERA ÓSSEA	LÂMINA DE BISTURI 23 - 1
LIDOCAINA	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
LIDOCAINA GEL	C TRAQUEOSTOMIA N°	MÁSCARA □
MANITOL	C ENDOTRAQUEAL N°	MULTIVIA
METRONIDAZOL	COMPRESSA CIRÚRGICA 10un	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
MORFINA	DRÉNO DE PENROSE N°	POVIDINE DEGERMANTE 200 ml
PAVULON	ELETRODOS 5	POVIDINE TINTURA 180ml
PROPOFOL	EQUIPO P/ SORO	POVIDINE TÓPICO
PLASIL	ESCOVA P/ DEGERMAÇÃO 3	PROPE □
PROSTIGMINE	ESPARADRAPO 30cm	SCALP N°
SUFADIAZINA DE P.	ESPARADRAPO MICROPOREN	SWAB
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 1 ML
SORO GLICOSADO 5%	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 3 ML
SORO RINGER LACTATO	FRALDA	SERINGA DE 5ML
TIOPENTAL	FILTRO BACTERIOLÓGICO	SERINGA DE 10 ML
TRAMAL	FITA CARDIACA	SERINGA DE 20 ML
TILATIL	FIO DE KIRSCHNER	SONDA NASOGÁSTRICA
VOLUVEN 6%	FIO MONONYLON 2-0 111	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
S.F. 0,9% p/ lavar 10un	FIO SUTUPACK	SONDA RETAL
	FIO CATGUT C	SONDA URETRAL
	FIO CATGUT S	SONDA DE FOLEY
		TELA DE MAELEX

SINAIS VITAIS:

HORÁRIO: 01:30	HORÁRIO: 02:00	HORÁRIO: 02:30
PA: 128/76 mm Hg	PA: 115/59 mm Hg	PA:
FC: 104 bpm	FC:	FC:
SPO2: 100%	SPO2: 99%	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

HORÁRIO:	HORÁRIO:	HORÁRIO:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Lote: 094302 Código: F08 8 206
SISTEMA DE FIXAÇÃO ÓSSEA SARTORI - LINEA
RÁDIOGRAMERO T200 - SARTORI

Fabric.: 15/01/2018 - Val.: 01/2023

Registro ANVISA N°: 800083650031

Material: Aço Inox / Alumínio

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3836-1910 - comercial@sartori.com.br

Fixador de Puncio - Jun.

SAÚDE / MATERIAIS
COMERCIAIS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico Hospitalar
Unidade: HUERB

RELATÓRIO
DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: Noiz dos Sertões COSTA

IDADE: 36 OBSERVAÇÃO:

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta do radio e rebos disjuntos harto desfeito.

CIRURGIA PROPOSTA Revisão da cirurgia + fixação externa

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Fratura

CIRURGIA REALIZADA: Fratura radio

DATA:

13/07/13

CIRURGIANO:

Dr. Antônio José

1º AUXILIAR:

Dr. Robson Ira Acuiz

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR (A)

ANESTESISTA:

Douglas

ANESTESIA:

ACIDENTE DURANTE O ATO CIRÚRGICO SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO SIM NÃO

DIAGNÓSTICO PATOLÓGICO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE IMEDIATAMENTE APÓS O ATO CIRÚRGICO

ENFERMARIA CT RESIDÊNCIA ÓBITO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

O paciente com queixas dolorosas na mão direita

Diagnóstico - luxação

- ① Linfadenomegalia axilares no ponto dianteiro
com 5 cm, 91.
- ④ no hígado fixado anterior.
- ⑤ controle médico sempre
- ⑥ Notas: estreita

Same / MUERB
Centro Clínico
Centro Odontológico

Aluizio Júnior
Médico
CRM-2061



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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente:	Nando Souto Costa		Idade	36	Sexo	M	Registro / BE	8674		
Setor proc:	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> PSI	<input type="checkbox"/> CCA	<input type="checkbox"/> CCB	<input type="checkbox"/> CMA	<input type="checkbox"/> CMB	<input type="checkbox"/> CC	<input type="checkbox"/> UTI		
Altura	Peso	PA (mmHg)	P (bpm)	FR (irpm)	Tax (°C)	Sat O ₂ (%)	Grupo	Sgneo:	Fator Rh	
Hm	Ht.	Hb	Leuco	Glicose	Uréia	Creatinina	BT / BD / BI		TGO / TGP	
Diagnóstico Pré-Operatório:										
Ap. Resp:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronquite	MV:	PFT		Complacência: 0h				
ACV:	NORMA			ECG:	Normal		Alegria:	muito		
Ap. Digestivo/Dentes					Pescoco	Náuseas	Pecas Dent.			
Ap. Urinário:					Drogas em Uso:		U.A.U.			
Estado Mental:					ASA:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Risco			
Anestesias Anteriores:					Hora:	-				Efeito:
Medicação Pré-anestésica:					-					
HORA:	1h30 2h 2h30 3h									
GASES	O ₂									
	NO ₂									
HALOG										
Líquidos	500 (500)									
SÍMBOLOS										
V Pressão Arterial / C Pulsos / X Anestesia / O Cirurgia										
Respiração										
SpO ₂										
240										
220										
200										
180										
160										
140										
120										
100										
80										
60										
40										
20										
0										
DROGAS ADMINISTRADAS										
1º	Mol	+ 100 mg	ox	Técnica:	Inhalat + bolo - Bloco (Axilar)		Monitorização:	ET + SPO ₂ + PAP		
2º	ETN	100 mg		drurgia:	Inh + Oxitotina 0,15 F. T.		Ap. Respir:	N2O bolo D		
3º					Inh + Oxitotina 0,15 F. T.		Ap. CV:	O2 (BN) F. T.		
4º	Midazolam	1,70 850 mg		Cirurgião/Auxiliar:	Dr. J.R. T. Dr. S. S. M. - Magist			O2 (BN) F. T.		
5º				OBS:	S. S. M. - Magist					
6º										
7º										
8º										
9º										
10º										
Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo):										
Cláudio Bastos Mesquita, M.D., M.B.B.S. Médico Anestesiologista CRM/AC: 4236 CRM/RO: 3718 TELEFONE: 9221-9220										

OBS.:

NAME / NOMBRE
COPIA / COPIA
CONFIDENCIAL / CONFIDENTIAL

ESCALA DE ALDRET E KROULIK MODIFICADA		PONTUAÇÃO
ATIVIDADE	Movimento voluntário de todas as extremidades	2
	Movimento voluntário de duas extremidades	1
	Incapaz de se mover	0
RESPIRAÇÃO	Respira profundamente e tosse	2
	Dispnéia, hipoventilação	1
	Aپnæia	0
CIRCULAÇÃO	PA \pm 20% do nível pré-anestésico	2
	PA \pm 20% a 50% do nível pré-anestésico	1
	PA \pm 50% do nível pré-anestésico	0
CONSCIÊNCIA	Totalmente deserto	2
	Desperta quando chamado	1
	Não Responde	0
SATURAÇÃO DE O ₂	Capaz de manter Sat O ₂ > 92% respirando ar ambiente	2
	Necessita suplemento de O ₂ para manter Sat O ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com O ₂ suplementar	0

CLASSIFICAÇÃO ASA	
ASA I	Paciente saudável.
ASA II	Paciente com doença sistêmica.
ASA III	Paciente com doença sistêmica severa.
ASA IV	Paciente com doença sistêmica severa que é constante risco para a vida.
ASA V	Paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a cirurgia.
ASA VI	Paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação.

HUERB
PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: SUELY EMANOELA RAMOS DE AGUIAR (EME)
Requisicao: 18.PC.2.007869
Num. do BE: 02567834

Idade...: 21A
Requis.: 16/07/2018

US. Origem.: HUERB/PS CC-15
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,04	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina.....	11.90	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito.....	34,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM.....	84,20	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM.....	29,50	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM.....	38,10	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global.....	8.500	/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.....	170	mm3	
Mielocitos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Metamielocitos.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto.....	0	%	
Bastoes.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto.....	255	mm3	
Segmentados.....	85	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto.....	7.225	mm3	
Linfocitos.....	5	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto.....	425	mm3	
Monocitos.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto.....	425	mm3	
Blastos.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto.....	0	mm3	
Observacao.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

SAME / HUERB
Copia
Conselho de Ciências

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Bioquímico
CREFA/C 009

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 16/07/18 as 07:56 Coleta: 16/07/18 as 04:56-1a. Via Impressa: 16/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento.....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao.....	6 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas....	198.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: LUIS EDGARDO RIVEROS AGUILAR-CRM 248-PA 16/07/18 as 07:57 Coleta: 16/07/18 as 04:56-1a. Via Impressa: 16/07/18

HUERB
PATHOLOGIA CLINICAAV. NAÇOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24OK
Paciente...: NAIR DOS SANTOS COSTA (EME)
Requisicao: 18.PC.2.010721
Num. do BE: 02567412Idade...: 36A
Requis.: 13/07/2018US. Origem.: HUERB/PSCCB
Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):....	3,71	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,80	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrite:.....	31,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	94,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	31,90	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	37,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	9.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Bastonetes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Segmentados:.....	68	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.596	mm3	
Linfocitos:.....	24	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	2.328	mm3	
Monocitos:.....	8	%	VR: 4 a 6 %
Valor Absoluto:.....	776	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/07/18 as 08:30 Coleta: 14/07/18 as 06:43-1a. Via Impressa: 14/07/18

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	5 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	166.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Francisco C. A. Menezes
Biomédico
ACDM - 41º 780 - PA

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 14/07/18 as 08:30 Coleta: 14/07/18 as 06:43-1a. Via Impressa: 14/07/18

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor no peito

História da Doença Atual: Paciente tem queixas de dor no peito
desde 2005, paciente de fumador (mais x 100). Dor localizada
na atração gástrica.

História da Doença Anterior:

Exame Físico: Abdome mole, firme; dor no centro epigástrico
mais intensa.

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fibrose hepática, do lado esquerdo
do peito direito.

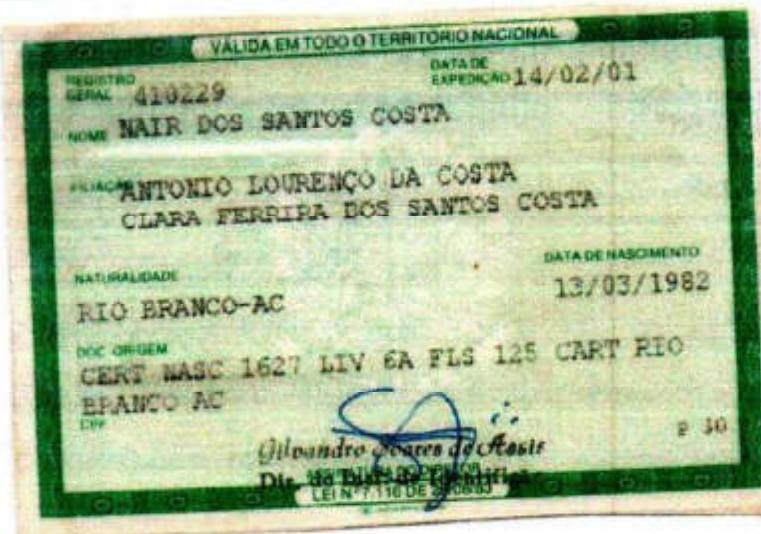
Motivo da Cobrança: 12

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA PÓR INDISCIPLINA
- 18-ALTA PÓR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA PÓR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 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 48 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 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

SAME / HUERB
CÓPIA
CORRIGIDA, ORIGINAL





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:

790.102.532-87

Nome completo da vítima:

Nair dos Santos Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Nair dos Santos Costa

CPF:

790.102.532-87

Profissão:

Servente
Rural

Endereço:

Ramal do Cipózio, 1 Ebba
Porto Acre

Número:

1621

Complemento:

650

Cidade:

Estado:

Acre

CEP:

69.927-000

Tel. (DDD):

(68) 99607-3359

E-mail:

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0534

CONTA: 519.35

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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):

COMPREV P/ EVIDÊNCIA S/A

Não há IML que atende 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 gravidade das perdas 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

12 MAR 2019

PROTÓCOLO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deu ou nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 GERAL DE POLÍCIA CIVIL DE PORTO ACRE - PORTO ACRE - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031480/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/10/2018 09:10 Data/Hora Fim: 19/10/2018 09:51
Origem: Polícia Judiciária
Delegado de Polícia: Pedro Paulo Silva Buzolin

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Porto Acre
Data/Hora do Fato: 12/07/2018 18:10

Local do Fato

Município: Porto Acre (AC)
Logradouro: Ramal do Açaí, Km 07

Bairro: Vila do V

Tipo do Local: Área Rural



Natureza

1095. Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: NAIR DOS SANTOS COSTA (VITIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 13/03/1982
Profissão: Zelador Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Clara Ferreira dos Santos Nome do Pai: Antonio Loureço da Costa

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 410229
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 790.102.532-87

Endereço

Município: Porto Acre - AC
Logradouro: Ramal do Capelão Nº 1621
Bairro: Porto Acre CEP: 69.927-000
Telefone: (68) 99607-3359 (Celular) (68) 99922-3942 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Renavam: 0990328414	Placa: MZW2977
Número do Chassi: 9C2JC30708R235781	Ano/Modelo Fabricação: 2008/2008
Cor: Preta	UF Veículo: Acre
Município Veículo: Rio Branco	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Modelo: HONDA/CG 125 FAN	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado

Nome Envolvido: Nair dos Santos Costa	Envolvimentos: Possuidor
---------------------------------------	--------------------------

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031480/2018

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante/ Vítima relata que estava retornando para sua residencia, quando de repente surgiu um animal na pista (GADO) na altura do Km 07 do Ramal do Açaí, que a vítima não conseguiu desviar vindo colidir contra o animal (GADO), causando fratura exposta na mão direita, a parte frontal da motocicleta ficou totalmente danificada. A vítima foi conduzida pela viatura do Samu para o PS em Rio Branco- Acre. Diante disso deixa as autoridades informadas.

ASSINATURAS

Edicleia Guimaraes de Souza
Responsável pelo Atendimento

Nair dos Santos Costa
(Comunicante / Vítima)

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

Pedro Paulo Silva Buzolin
Delegado(a) de Polícia

DPC - Port 590/18

VERDA Avenida CRUZAMENTO, ROBAMIA KM. TRAJE UNIFORME ROBAMIA

PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC...
Proximo ao colégio do T 05 HORA DA OCCORRÊNCIA 07 ZONA RURAL / URBANA 08 DATA 09 DIA DA SEMANA

10 NATUREZA DO ACIDENTE		11 TIPO DE PAVIMENTO		12 CONDIÇÕES DA VIA		13 CONDIÇÕES DO TEMPO		14 N.º DE VEÍCULOS	
ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> 1	ASFALTO	<input checked="" type="checkbox"/> 1	SECA	<input checked="" type="checkbox"/> 1	BOM	<input checked="" type="checkbox"/> 1		
COLISÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 3	CONCRETO	<input type="checkbox"/> 3	MOLHADO	<input type="checkbox"/> 3	CHUVA	<input type="checkbox"/> 3		
TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM	<input type="checkbox"/> 5	PÁRAELEPÍPEDO	<input type="checkbox"/> 5	OLEOSA	<input type="checkbox"/> 5	NEBLINA	<input type="checkbox"/> 5		
CHOQUE COM OBJETO FIXO	<input type="checkbox"/> 7	CASCALHO	<input type="checkbox"/> 7	ENLAMEADA	<input type="checkbox"/> 7	GAROA	<input type="checkbox"/> 7		
OUTRA (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/> 9	TERRA	<input type="checkbox"/> 9	DANIFICADA	<input type="checkbox"/> 9				
		AREIA	<input type="checkbox"/> 2	OBRAS	<input type="checkbox"/> 2				
15 N.º DE VÍTIMAS 01									
SEM VÍTIMAS <input type="checkbox"/>									
COM VÍTIMAS <input checked="" type="checkbox"/>									

16 NOME CONDUTOR **Abrao dos Santos costa** 17 SEXO 1 F 2 M 18 NASCIMENTO **130382**

19 ENDEREÇO
Samuel do azei' km 07 s/n, Vila do N, Porto oue
20 1^ª HABILITAÇÃO 06/10/2014 21 CATEGORIA AB 22 PRONTUÁRIO 7619694704 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 28 ESPÉCIE 29 PLACA 30 MUNICÍPIO 31 UF
Honda CG 125 Fan motourlita MZW-2977 RioBraneo AC

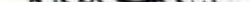
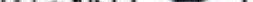
12 NOME DO PROPRIETÁRIO Raimundo Nonato Ribeiro nascimento 33 ENDEREÇO 2
13 AUTOR 34 CHASSIS 447-010-22-77 35 COMPARECEU NO POSTO

COND 9C2JC30708R235781 SIM NÃO
36 AVARIAS 37 CARRO 

VEÍCULO / 38 SENTIDO QUE TRANEGAVA
Vila do U para o colégio do T
40 AÇÃO DO CONDUTOR
funcionário na local

42 NOME CONDUTOR	CONFECOMUNIC		43 SEXO	44 NASCIMENTO
45 ENDEREÇO	FM LX/1010		<input type="checkbox"/> M 1 <input type="checkbox"/> F 3	

46 1^ª HABILITAÇÃO 47 CATEGORIA 48 PRONTUÁRIO 49 UF 50 EX. MÉDICO EM DIA 51 USAVA CINTO 52 USAVA CAPACETE

53 MARCA  54 ESPÉCIE  55 PLACA  56 MUNICÍPIO  57 UF 

58 NOME DO PROPRIETÁRIO: JOSE VIEIRA FONSECA 59 ENDERECO: RUA AB. LAMAR
1000 - BLOCO 10 - Lote 10 - 101

62 AVARIAS  63 CARRO

64 SENTIDO QUE TRAFEGAVA 
Alessandro Souza
Técnico Administrativo
Coord. de Engenharia de Trânsito
COPTRANAC

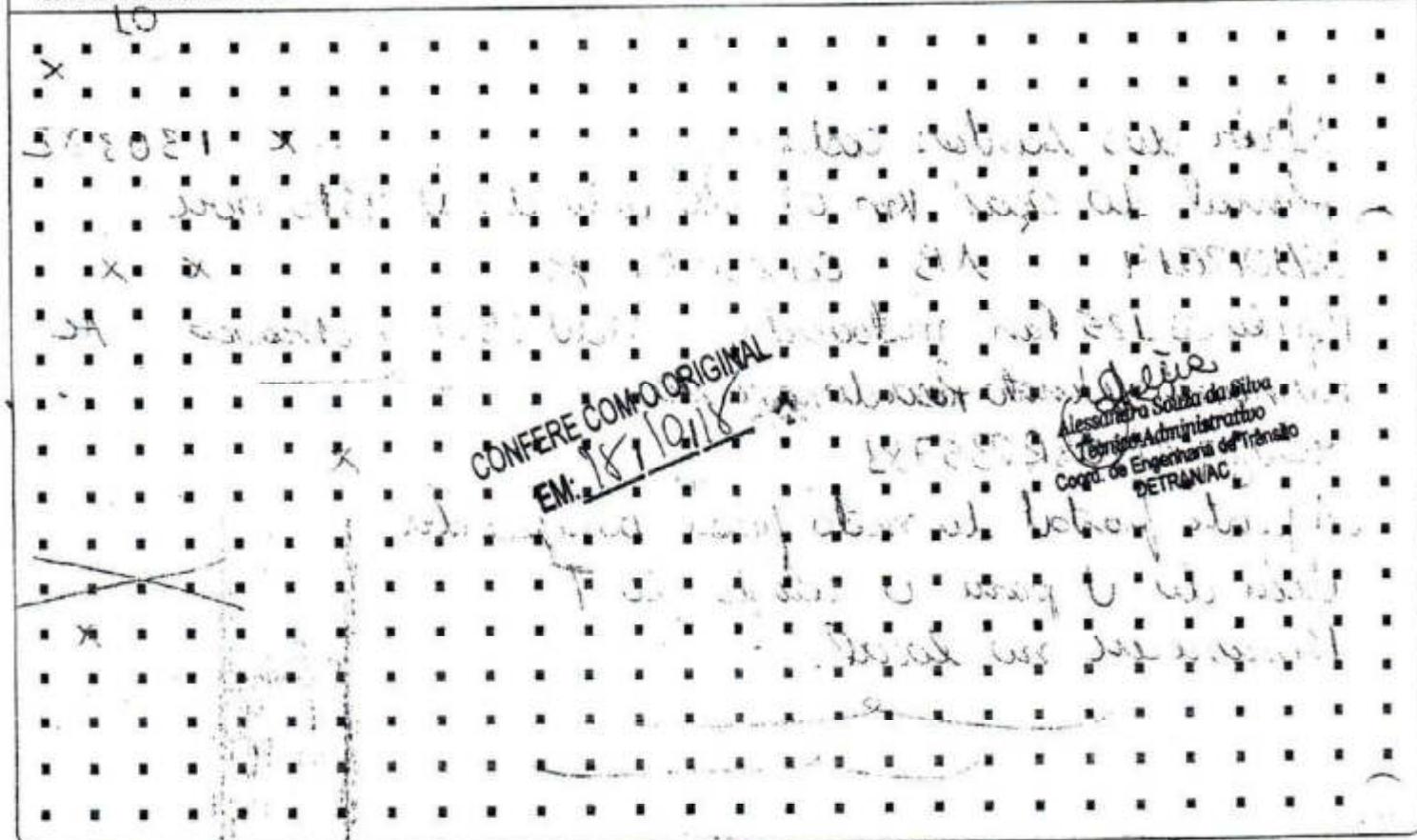
VEIC 66 AÇÃO DO CONDUTOR  COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 67 EXAME ALCOÓLICO REALIZADO SIM NÃO BAF

68-NOME **Neidson da Costa Rodrigues** 69 SEXO **M** 70 NASCIMENTO **04/03/90**
71-ENDERECO **PRO TECNOLOGIA** 73 ÓRGÃO EMISSOR **Y** 74 UF **SP**
72-**AC. PINTURA** IDENTIDADE N° **000000000000000000**

78 ENDEREÇO 79 IDENTIDADE Nº 80 ÓRGÃO EMISSOR 81 UF

82 NOME VITIMAS	Nair dos Santos costa			83 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	84 NASCIMENTO 13/03/82
85 ENDERECO VITIMAS	Ranial do aguá km 07 Jile do V			86 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	87 VIAJAVAO NO VEICULO N° 01 88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
89 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR	PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5			90 CONDUZIDA PARA Foi conduzido pelo Samu p/ Rio Branco	91 NOME VITIMAS
91 NOME VITIMAS	Nair dos Santos costa			92 SEXO M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	93 NASCIMENTO VITIMAS
94 ENDERECO VITIMAS	1 FUS L X 00 00			95 FERIMENTOS LEVES <input type="checkbox"/> GRAVES <input checked="" type="checkbox"/> FATAIS <input type="checkbox"/>	96 VIAJAVAO NO VEICULO N° <input type="checkbox"/> 88 USAVA CINTO SIM <input type="checkbox"/> 1 NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
98 CONDIÇÃO DA VÍTIMA CONDUTOR	PASSAG <input type="checkbox"/> 3 PEDESTRE <input type="checkbox"/> 5			99 CONDUZIDA PARA X	

100 DIAGRAMA DO ACIDENTE



101 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

- Segundo a vítima, ela já perdeu sua identidade no Ranial do aguá na altura do Km 07, quando bateu um animal na pista (Boi), onde ela bateu a colíng no animal e caiu no chão, mas não desistiu, sendo trazida para a comunidade pelo Samu p/ Rio Branco. Impressionado que a parte frontal da moto ficou danificada.

ATESTO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE

102 MOTORISTA 103 MOTORISTA 104 AGENTE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	105 NOME 106 NOME 107 NOME LEG
108 ASSINATURA Geo. D. de Melo	109 ASSINATURA G. B. F. Damasceno 428
110 ASSINATURA Fw. S. de Melo	111 LOCAL 112 DATA / /

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 18/10/2018 Hora emissão: 12:55 Operador:
Nº de Ocorrência: 1807120088	Qtd. Vítimas: 1	DMH Início: 12/07/2018 19:35 DMH Término: 12/07/2018 20:19	Classificação de Risco: AMARELO/ RISCO MÉDIO Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO ANIMAL X MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solidário:	
End:	R
Bairro:	*** SELECIONE ***
Cidade:	RIO BRANCO
CEP:	
Ponto de Referência: NO BOX DA PM - NA BASE DO SAMU	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 309083770
Queda:

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

VÍTIMAS

Vítima	Nome: PACIENTE 1 NAIR DOS SANTOS COSTA Classificação: Enderesso:	Idade: 24 ANO(S) CNE:	Sexo: FEMININO Documento:
1			



...AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM ANIMAL VITIMA COM FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO PA 140/80 MMHG, FC 88 BPM, SP02 98%	Data/Hora: 12/07/2018 19:53
Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: SOLICITANTE INFORMA PCTE VITIMA DE COLISAO DE MOTO COM ANIMAL PCTE COM FRATURA EXPOSTA DE M. S.	Data/Hora: 12/07/2018 19:53
Vítima 2	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Avaliação: EQUIPE INFORMA PCTE GARUPA DA MOTO LOTE DEAMBULANDO APRESENTANDO FCC EM REGIÃO DE NÁDEGA E REGIÃO PERIANAL DIREITA QUE PRECISA E 5 PONTOS	Data/Hora: 12/07/2018 19:53

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGÊNCIA DE RSD - HUERB	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Intercomunicação:	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Profissional: JANINE DA SILVA LIMA DELILO Intercomunicação:	Data/Hora: 12/07/2018 19:56	Situação: F
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: UEB 21 VILA INCRA Dt/Hr. Saída Base: 12/07/2018 19:32 Dt/Hr. Saída Local: 12/07/2018 19:45 Dt/Hr. Saída Destino: 12/07/2018 20:17	Data/Hora Envio Equipe: 12/07/2018 19:32 Dt/Hr. Chegada Local: 12/07/2018 19:38 Dt/Hr. Chegada Destino: 12/07/2018 20:17 Dt/Hr. Chegada Rádio: 12/07/2018 20:17

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Elevado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	12/07/2018 19:28		CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES
CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	12/07/2018 19:30	CAROLINA RENATA DE SOUZA RODRIGUES	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	12/07/2018 19:32	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	12/07/2018 19:53	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	12/07/2018 19:56	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA
JANINE DA SILVA LIMA DELILO	12/07/2018 19:56	JANINE DA SILVA LIMA DELILO	EM FILA

