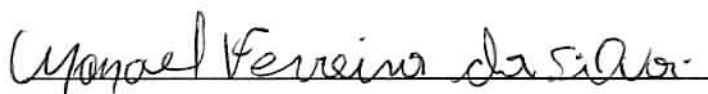


PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

MANOEL FERREIRA DA SILVA, Brasileiro, Divorciado, Profissão, Encarregado de Campo, inscrito no CPF sob o nº769.079.022-49e no RG sob o nº420238SSP/AC, residente e domiciliado na Rua 25 de dezembro, nº1337, Bairro: montanhês, Rio Branco-Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906, com endereço profissional na Via Chico Mendes, n.º 3570, sala 05 (Auto Posto Amapá), Corrente, CEP 69906-119, na cidade de Rio Branco, Estado do Acre, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato. Com poderes especiais para ingressa com ação de reparação de danos.

Rio Branco – Acre, 22 De Outubro 2018.

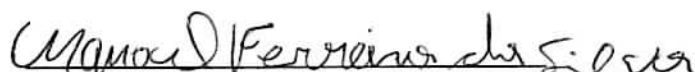


DECLARAÇÃO

MANOEL FERREIRA DA SILVA, Brasileiro, Divorciado, Profissão, Encarregado de Campo, inscrito no CPF sob o nº769.079.022-49e no RG sob o nº420238SSP/AC, residente e domiciliado na Rua 25 de dezembro, nº1337, Bairro: montanhês, Rio Branco-Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

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

Rio Branco – Acre, 22 de Outubro 2018.



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
874492814

PROIBIDO PLASTIFICAR
874492814

NOME
MANOEL FERREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
420238 SSP AC

CPF
769.079.022-49

DATA NASCIMENTO
29/04/1982

FLIAÇÃO
IZABEL FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AD

Nº REGISTRO
03923099389

VALIDADE
04/09/2019

1ª HABILITAÇÃO
27/07/2006

OBSERVAÇÕES
Apto para Transporte Remunerado

Manoel Ferreira da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSÃO
11/09/2014

[Assinatura]
Suzanna Leite de Sá P. Carvalho
Diretora Geral
DPVEM/AC

80945005414
AC405714971

Para contato com a Eletrobras, informe este número

Nº da Nota Fiscal 005150089

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Insc. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	24/07/2019	165	144,03

MANOEL FERREIRA DA SILVA
R. 25 DE DEZEMBRO 1337 MONTANHES
CEP: 0076907902249
CPF: 69.921-533 - RIO BRANCO
ROT: 15.001.15.10.002060

DADOS DA LETURA		DADOS DA LETURA	
Atual:	Anterior:	Atual:	Anterior:
8302	8137	17/07/2019	17/06/2019
Constante de Multiplicação: 1,000		Próxima Letura: 16/08/2019	16/08/2019
Consumo Médio: 165		Emissão: 16/07/2019	16/07/2019
Consumo Faturado: 165		Apresentação: 17/07/2019	17/07/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto
RESIDENCIAL	MONO	7203584	1.1.1.1
Média 12 meses			110

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	KWH	Valor	Descrição
JUN/19	163	134,78	CONSUMO 165 A R\$ 0,81654 =
MAI/19	163	6,00	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP)
ABR/19	145	0,15	CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00
MAR/19	166	0,15	MULTA POR ATRASO 06/19-00
FEB/19	130	2,74	JUROS DE MORA DE IMPO 06/19-00
JAN/19	111	0,36	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,40

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 16/07/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade consumidora.

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
2F26,25E4,C02D,7CEC,D558,BE1F,9A19,DB69		Distribuição:	39,04
		Energia:	46,30
		Transmissão:	1,28
		Encargos:	13,53
		Tributos:	34,73

INDICADORES DE CONTINUIDADE		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	25,00%	Alíquota ICMS:	33,69
Valor do ICMS:	0,14%	Valor do PIS:	0,18
Valor do COFINS:	0,64%	Valor do COFINS:	0,86

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4DF.

NOME: MANOEL FERREIRA DA SILVA

Anexo:

O Sr. supracitado sofreu
Fratura do tornozelo direito
dia 26/10/2012. Adotado trata-
mento cirúrgico. Paciente evoluiu
com infecção tardia. Requirindo
Revisão do material de síntese.
Atualmente há sinais de im-
gen compatíveis com consoli-
dação óssea sem limitação
funcional

Francislei L. Freitas
Otorrinolaringologista
CRM/AC 731

10: 5826

Rio Branco

03/07/2018

Rio Branco - AC, / /

CARIMBO e ASSINATURA

HOSPITAL SANTA JULIANA**LAUDO MÉDICO**

Relato para os devidos fins que o paciente Manoel Francisco da Silva foi submetido à tratamento cirúrgico de CID : S82 nesta instituição no dia 13/03/2018 e recebe alta hospitalar em bom estado geral para seguimento ambulatorial, motivo pelo qual solicito perícia médica para afastamento laboral.

Francislei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC-791

Rio Branco/AC, 14/03/2018



GOVERNO DO ESTADO DE ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 5ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021782/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/12/2017 17:26 Data/Hora Fim: 21/12/2017 17:41
 Origem: Polícia Judiciária Data: 21/12/2017
 Delegado de Polícia: Cleyton Videira Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 5ª Regional
 Data/Hora do Fato: 26/10/2017 18:30

Local do Fato

Município: Rio Branco
 Logradouro: rua Luiz de Moraes
 Complemento: esquina com a rua 25 de dezembro

Bairro: Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223 - Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 - Caput - Outros) da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	

ENVOLVIDO(S)

Nome: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Rio Branco - AC

Nome: MANOEL PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Tarauacá Sexo: Masculino Nasc: 29/04/1982
 Profissão: Funcionário Público
 Estado Civil: Divorciado(a)
 Raça/Cor: Parda
 Nome da Mãe: Izabel Ferreira da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 420238
 CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 769.079.022-49

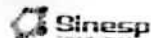
Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: rua 25 de dezembro Nº 1337
 Bairro: Montanhês
 Telefone: (68) 99975-9645 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo	Subgrupo
Outros	Outros
Descrição	Situação
fratura da Tíbia	Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Manoel Pereira da Silva	Proprietário



Delegado de Polícia Civil Cleyton Videira Dos Santos
 Impresso por Francisco Alberto da Costa Mendes
 Data de Impressão: 21/12/2017 17:41
 Protocolo nº: Não disponível

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E1.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021782/2017

RELATO/HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia para comunicar que na data e hora acima traçava em sua motocicleta Yamaha Factor YBR 125 ED placa NAE 9879, chassi 9C6KE1500B0004761, RENAVAN 00265271258, preta, pelo endereço supracitado, quando atingido por outro veículo não identificado, que invadiu a preferencial, vindo o mesmo cair e fraturar o tornozelo direito.

ASSINATURAS

Francisco Alberto da Costa Mendes
Responsável pelo Atendimento

Manoel Pereira da Silva
Manoel Pereira da Silva
(Comunicante / Vítima)

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

Cleyton Videira dos Santos
Delegado de Polícia Civil
Mat.: 9137629-1



Delegado de Polícia Civil Cleyton Videira Dos Santos
impresso por Francisco Alberto da Costa Mendes
Data de Impressão 21/12/2017 17:41
Protocolo nº Não disponível

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07997476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.gov.br/psectadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 07997476220198010001 e código 22CDB4E1.



Declaração de Acidente de Trânsito Nº 265/2017

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

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 26/10/2017 HORA: 18h00min
 LOGRADOURO: RUA LUIZ DE MORAES COM A RUA 25 DE DEZEMBRO
 BAIRRO: TRANCREDO NEVES CIDADE: RIO BRANCO UF: AC
 REFERÊNCIA: APÓS O COMÉRCIO JC MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: NAE 9879 MARCA: YAMAHA/FACTOR MODELO: YBR125 ED ESPÉCIE: PAS
 RENAVAL: 00265271258 CHASSI: 9C6KE1500B0004761 COR: PRETA UF: AC
 PROPRIETÁRIO: MANOEL FERREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 769.079.022-49
 ENDEREÇO: RUA 25 DE DEZEMBRO Nº1337, BAIRRO: MONTANHÊS CIDADE: RIO BRANCO- ACRE

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE
 NOME: MANOEL FERREIRA DA SILVA ESTADO CIVIL: DIVORCIADO
 SEXO: M NASCIMENTO: 29/04/1982 PROFISSÃO: ENCARREGADO DE CAMPO
 CPF: 769.079.022-49 RG: 420238 ORG.: SSP/AC
 NATURALIDADE: TARAUCÁ-AC NACIONALIDADE: BRASILEIRA
 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
 REGISTRO DA CNH: 03923099389 CATEGORIA: AD VALIDADE: 04/09/2019 UF: AC
 ENDEREÇO: RUA 25 DE DEZEMBRO Nº1337, BAIRRO: MONTANHÊS CIDADE: RIO BRANCO-AC

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

Informo que compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito o Sr. MANOEL FERREIRA DA SILVA, que relata que no dia, local e horário supracitados, o mesmo envolveu-se em um acidente de trânsito. O mesmo informou que transitava com sua motocicleta quando em dado momento um veículo que não soube identificar a placa, invadiu a preferencial vindo a colidir com sua motocicleta. Sendo socorrido por populares que acionaram o SAMU que compareceu ao local e o conduziu a UPA FRANCO SILVA, conforme BE nº 431988, com data do dia 26/10/2017.

Manoel Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: 1ºSGT PM JARDIM RG: 2468
 POSTO/GRAD: SGT PM MATRÍCULA: 9010190-1 OPM: BPTRAN
 DATA: 21/12/2107 HORA: 16h30min
 ASSINATURA: *Waldi-Silva Jardim de Azevedo*

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.
AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SLETA WIKARTO VIEIRA WILHEMSEN e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado e empenhado no valor de R\$ 17,75, sob o número de protocolo 220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E2.



01 00265271258 2017

MANOEL FERREIRA DA SILVA
RUA 25 DE DEZEMBRO 1337
69.921-533 RIO BRANCO-AC

769.079.022-49 NAE9879

NAE9879 - AC 9C6KE1500B0004761

2017 2017

PAS/MOTOCICLO/NAO APLICA GASOLINA

01 769.079.022-49 NAE9879

YAMAHA/FACTOR YBR125 ED 2010 2011

00265271258 YAMAHA/FACTOR YBR125 ED

2P/0124CC/ PARTICU PRETA

2010 01 9C6KE1500B0004761

PAGO *****

** PAGO COTA UNICA ** *****

81.29 9.03 90.33

PAGO **PAGO**

90.33 .7 185.5

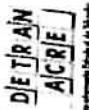
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN.TRIBUTARIO

X 18/12/2017

21/12/2017

RETORNA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELLA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E3.



Governo do Estado do Acre
Departamento Estadual de Trânsito-DETRAN/AC

Nº Atendimento: 1185350

Operador: JOAO DOUGLAS BEZERRA FARIAS

Data de Emissão: 21/03/2018 às 13:29:04

Serviços: COMUNICADO DE VENDA DE UM VEICULO

Proprietário: MANOEL FERREIRA DA SILVA CPF/CNPJ: 769.079.022-49

Endereço: RUA 25 DE DEZEMBRO Nº: 1337 Bairro: MONTANHES Complemento: -

Município: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69.921-533

Placa: NAE9879 Chassi: 9C6KE1500B0004761 RENAVAM: 00265271258 Cor: PRETA

Marca/Modelo: YAMAHA/FACTOR YBR125 ED Ano Fab/Modelo: 2010/2011 Categoria: PARTICULAR

222072686

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 86618
Numero do CNS...: 898004077046272
Nome...: MANOEL FERREIRA DA SILVA
Documento...: RG-420238 Tipo:
Data de Nascimento: 29/04/1982 Idade: 35 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsavel...: ND
Nome da Mae...: IZABEL FERREIRA DA SILVA
Endereco...: CONJ.MONTANHES QUADRA 44 00011
Bairro...: TANCREDO NEVES Cep.: 99999-999
Telefone...: 000000099759645
Município...: 1200401 - - AC
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Naturalidade...: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2501038
Clinica...: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito...: 045.0168
Data da Internacao: 26/10/2017
Hora da Internacao: 20:00
Medico Solicitante: 531.558.822-04 - THAYSE BRAGHIN
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico...: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: MARIZETE

INFORMACOES DE SAIDA

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

121710048564-5

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E4.

168 B *M/S*
86628

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2501038 DATA: 26/10/2017 HORA: 19:42 USUARIO: TAMBORINI
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MANOEL FERREIRA DA SILVA DOC...: CNH
 IDADE.....: 35 ANOS NASC: 29/04/1982 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: CONJ.MONTANHES QUADRA 44 NUMERO: 11
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: TANCREDO NEVES
 MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP...: 69900-000
 NOME PAI/MAE...: ND /IZABEL FERREIRA DA SILVA
 RESPONSAVEL...: O MESMO TEL...: 9975-9645
 PROCEDENCIA...: UPA-SOBRAL
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
 CASO POLICIAL.: SIM PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Paciente refere alívio de dor de mto; com dor tornozelo* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1 dia*

CS: Intoxicação
RX: FT, TAV 2 limbolon
Dra. Thaysa - Fisiologia
 OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre; protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CBB4E4.

225270
Cesúrio - 201072675480003

SUS Sistema Ministério União da Saúde do Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNEP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNEP

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: *Momell Ferreira da Silva*

6 - Nº COEFIC. UAFIC: *86618*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO: *29/04/82*

9 - SEXO: Masc 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - ETNIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DA MÃE: *Isabel Ferreira da Silva*

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Comp. Montanhas Q 44 J Tancredo Neves*

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Rio Branco*

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF: *AC*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto. Lesão do Humerus emcomumidade da UPA. Ausência de fraturas em tomografia D. punho e Rx. Simples. Retorno estável, leudo e orientado.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + EF Cirurgia

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

Fx Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fx INZ (D)*

24 - CID 10 PRINCIPAL: *T131*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO: *V2351*

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

CONFORME ORIGINAL SAME / HUERS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE): *Dra. Thaysa Braghin CRM Ortopedia Traumatologia*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *26/10/2007*

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Leuda Davalos CRM 768 Médica Autorizadora AIH / HUERS*

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELLA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E4.



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

digitado e impresso em: 27/10/2017 às 12:08:42

REGISTRO

PACIENTE

MANOEL FERREIRA DA SILVA

IDADE

35

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

405

HUERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>ENTORCE EM TORNOZELO D</p> <p>DT: 26/10/2017</p> <p>RX: FRATURA MALEOLO LATERAL D</p> <p>EF: BOM ESTADO GERAL CORADO, HIDRATADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, HIDRATADO, LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPACO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO</p> <p>PRE OPERATORIOS</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H</p> <p>3. DAPIRONA 1GR EV DILUÁ?E?A?DO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H S/N</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 S/N</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</p>	<p>5/6 S/N</p> <p>10/16 23/24</p> <p>S/N</p> <p>S/N</p> <p>9/9</p> <p>9/9</p> <p>Retirado</p> <p>16</p>	<p>Das 07:00 as 19:00 de manhã Cluido, comunicativo, curativo, cabível, vitalidade curativo, adinse (+) realizado medicação C.P.M. Samuel Silveira S. Pereira Tietas Enfermagem COREN-AC Nº4.679</p> <p>04:00 paciente agitada no litto estavel, labe eupneica, agitada, diu- sele prescrite Pt: 120x80 wundy Tee: susy nunes.</p>

Manoel Ferreira da Silva
Prf. Otorrinolaringologista
CRM-AC 2108

CONFIRME ORIGINAL
SAME / HUERB
CÓPIA



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

digitado e impresso em: 28/10/2017 às 08:13:33

HUERB
Hospital de Referência

REGISTRO PACIENTE MANOEL FERREIRA DA SILVA
IDADE 35 CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO 168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>ENTORCE EM TORNOZELO D</p> <p>DT: 26/10/2017</p> <p>RX: FRATURA MALEOLO LATERAL D</p> <p>EF: BOM ESTADO GERAL CORADO, HIDRATADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, HIDRATADO, LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPACO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO</p> <p>PRE OPERATORIOS</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUÁ?E?Á?DO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8 H SIN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SHH</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</p>	<p>SND</p> <p>500 SGO</p> <p>10 16 32 94</p> <p>96</p> <p>10</p> <p>16</p>	<p>Pac tomou banho de aspersão com auxílio + troca de roupa de cama</p> <p>17.04h Cliente suprimido alívio, ver em escala Sem dor no momento, Fundo psicológico que sentir. PA = 120 x 60 mmHg</p> <p>Rosângela Mat. Tec. Enfermagem COREN-AC 412.458</p>

Marcondes Oliveira Silva
CRM: 2105
CRM: 2105

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 29/10/2017 às 13:05:30

HUERB

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA LEITO

MANOEL FERREIRA DA SILVA **35** **CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B** **168**

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>ENTORCE EM TORNOZELO D</p> <p>DT: 26/10/2017</p> <p>RX: FRATURA MALEOLO LATERAL D</p> <p>EF: BOM ESTADO GERAL CORADO, HIDRATADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, HIDRATADO, LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPACO SEM DEFICIT NEUROLÓGICO</p> <p>AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 12/12/H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUÁ?E?A?Á?DO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV 8/8/H/SIN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8/SIN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</p> <p><i>[Handwritten signatures and initials]</i></p>	<p><i>[Blank space]</i></p>	<p><i>[Handwritten notes]</i></p> <p>Dos 07 às 19 horas, Realizado o chiburo. Tororodo Serviço de Pomo, foi realizado Serviço Presença de Lei 744. Rile 74. Obereida noovebeia. Paruza no momento 22C 44. PParangela toram 7 18. 718</p>

Marcondes Oliveira Silva
CRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 2105

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

digitado e impresso em: 30/10/2017 às 12:59:02



HUERB
Hospital de Urgência
de Roraima S.A.

REGISTRO: PACIENTE: IDADE: CLÍNICA: LEITO:

MANOEL FERREIRA DA SILVA 35 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 168

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>ENTORCE EM TORNOZELO D</p> <p>DT: 26/10/2017</p> <p>RX: FRATURA MALEOLO LATERAL D</p> <p>EF: BOM ESTADO GERAL CORADO, HIDRATADO, AFEBRIL, EUPNEICO, ACIANOTICO, ANICTERICO, HIDRATADO, LUCIDO E ORIENTADO NO TEMPO E ESPACO SEM DEFICIT NEUROLOGICO</p> <p>AGUARDA AGENDAMENTO CIRURGICO</p> <p><i>Alta Hospitalar</i></p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500ML IV 12/12/H</p> <p>3. DIPIRONA 1GR EV DILUÁ?E?Á?DO 6/6/H</p> <p>4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% EV 8/8H SIN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 SIN</p> <p>6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA</p> <p>7. CURATIVO 1X/DIA</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. CLEXANE 40 MG SC 1X DIA</p> <p><i>CC</i></p> <p><i>X6</i></p>	<p><i>500 + 500</i></p> <p><i>10:16 22 04</i></p>	<p><i>des-Oficiais SICOM Pot. estavel, consciente, comunicativo, apertado, diagnostico de lesão au- tório de fraturas refere alguns medidos orientando acesso sendo ocultam bem a dieta afreito, sinesis frígida logica frescos, bonan- dano, trocador linear e roufe S. S. S. S. S.</i></p> <p><i>Minim Nutrição COBENAC 3315181</i></p> <p><i>20:00 Saída de alta, superior- to, apertado, estavel, com familiar. Conf paciente</i></p>
<p><i>Marcondes Oliveira Silva Especialista em Traumatologia CRM/AC 2105</i></p> <p>CONFORME ORIGINAL</p> <p>SAME / HUERB</p>			



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Dor em TNZ (D)

História da Doença Atual: Acidente de Moto-Carro.

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: Encorvação, edema em TNZ (D)

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: Fr TNZ (D)

Motivo da Cobrança: 1

CONFORME ORIGINAL
SAMM / HUERB
CÓPIA

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 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

Unidade de Pronto Atendimento - SAME

Vigilância Epidemiológica VISTO 29

MS/DATASUS UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DA SOBRAL

No. DO BE: 431988 DATA: 26/10/2017 HORA: 18:27 USUARIO: KLEBER
CNS: SETOR: 02-EMERGENCIA TRAUMATICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MANOEL FERREIRA DA SILVA DOC...: CNH
IDADE...: 35 ANOS NASC: 29/04/1982 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO...: RUA 25 DE DEZEMBRO NUMERO: 1337
COMPLEMENTO...: BAIRRO: MONTANHES
MUNICIPIO...: RIO BRANCO UF: AC CEP...:
NOME PAI/MAE...: /IZABEL FERREIRA DA SILVA
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 999759645
PROCEDENCIA...: MONTANHES
ATENDIMENTO...: ACIDENTE DE TRANSITO
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: SIM VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU após acidente de trânsito, apresentando trauma em queixo com FCC e escoriações em mãos esquerda e pulso Direito, e Edema em região tornozelo Direito. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Politrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1 Diclofenaco 75mg IM
2 Diprona 2ml IM 18:30
3 RX tornozelo Direito.

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E4.



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, N° 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REQUERIMENTO

Eu, Manoel Ferreira da Silva

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de Rio Branco

Venho REQUERER:

- Prontuário de atendimento neste Hospital,
- Relatório da cirurgia realizada,
- Exames que eventualmente estejam em seu poder,
- 2ª Via da Carteira de Vacina
- Declaração para Planejamento Familiar,
- Outros:

Obs. _____

Prontuário: 159188 Médico: Francieli Lima de Freitas

Entrada: 13/11/17 Saída: 15/11/17

Convênio: SUS Telefone: () 9969-3477

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPUAT

Nome do Paciente: Manoel Ferreira da Silva

Parentesco com Paciente: O mesmo

Manoel Ferreira da Silva

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 23/11/17 Hora: 10h50



FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: **159188 - 2** Entrada: **13/11/2017** Hora: **1638** Apto/Leito: **110 F**
Paciente: **MANOEL FERREIRA DA SILVA**

Reg. Geral: **420238** Orgão Emissor: **SSP AC** Data Expedição: **27/07/2006**
CPF: **76907902249** Raca/Cor: **Parda** Cartão SUS: **705007631257650** Sexo: **M**
Dt. Nasc.: **29/04/1982** Est. Civil: **DIVORCIADO(A** Natur.: **TARAUACA** AC Idade: **35 Anos**
Conjuge: **)**

Nacionalidade.: **BRASIL** End.: **RUA 25 DE DEZEMBRO** Nro: **1337**
Bairro.: **MONTANHES** CEP: **69900970** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC**

Fone: **68 9999759645** Cel.: ********* Fone Contato: **68 999693477**
Local de Trabalho: Profissão: **COOR DE LIMP PUBICA**
PAI: MAE: **IZABEL FERREIRA DA SILVA**

Resp.: **MANOEL FERREIRA DA SILVA** End.: **RUA 25 DE DEZEMBRO**
Nro: **1337** Cidade: **Rio Branco** UF: **AC**
Fone Res.: **68 - 9999759645** Fone Com.: **-**

Motivo da Internação: **Clinica Ortopédica** Trouxe RX: **S** Exame: **S**
Convênio: **SUS** Plano: **ENFERMARIA**
Nro Carteira: Validade: Senha:
Nro Guia: Sispre:

Médico (a): **FRANCISLEI LIMA DE FREITAS**

Observação: **FICHA DE REF EM REGULACAO AIH EM ANEXO MAIS SOLICITACAO 218985885**

Atendente: **Jeane Alves**

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Por meio da internação de **MANOEL FERREIRA DA SILVA** neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de novembro de 2017

Manoel Ferreira da Silva
MANOEL FERREIRA DA SILVA

AVISO

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

Rio Branco - AC, 13 de novembro de 2017

HSJ
14/11/17
Atendente Jeane Alves
T.H. Borges
SUS
CRTR-008827
Manoel Ferreira da Silva
MANOEL FERREIRA DA SILVA

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

As 9:00hs paciente deu entrada no c.c. para submeter-se a uma fratura de tornozelo pelo Dr. Francisley auxiliado pelo Dr. Contreiras e instrumentado pelo médico. paciente deu entrada no c.c. Portland H.V.P. paciente eufórico normotencado com P.A. 130x70 mmHg SPO 96% F.C. 59 Bpm. As 9:10 hs paciente submetido a anestesia Raqui + Sedação pelo Dr. Vanessa ligada @ 5L/min sob máscara de Hudson durante cirurgia. As 9:20 hs iniciou cirurgia com 3 pontos de compressão e 7 pontos de lúps. Este vil usado 2 pontos de lúps lateral para cada membro da id. pedida a cirurgia. As 9:50hs término da cirurgia. As 9:55hs paciente Estável Encaminhado p/ RPA com P.A. 100 x 80 mmHg SPO 98% F.C. 60 Bpm. Jlc. Enf. Wabany

CONTROLE ESTERILIZAÇÃO-F-SJ

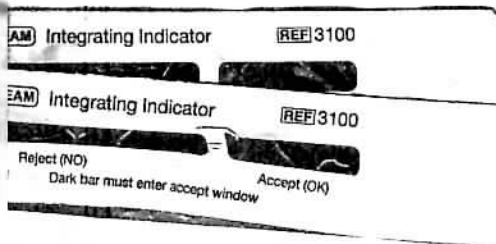
Data esterilização 07/11/07 Vencimento 07/12/17

Autoclave 01 Ciclo: 05 Lote 05

Caixa de Cirurgia. Ortopedia

Responsável Fre Anarosa Coren: 261016

Observações



SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____

2 - CNEB _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____

4 - CNEB _____

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE: Momell Ferriner da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO _____

9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR _____

11 - ETNIA _____

12 - TELEFONE DE CONTATO _____

13 - Nº DO TELEFONE _____

14 - TELEFONE DE CONTATO _____

15 - Nº DO TELEFONE _____

16 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____

18 - UF _____

19 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Precedente a história de acidente de moto com lesão em Humeros em comento de UPA. Ações cirúrgicas em tornozelo D. praxia de Fx. Simetria. Anter. estes dois, leudo e orientado.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx + EF
Cirurgia

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

Fx
Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx TNZ (D)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO _____

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

29 - CLÍNICA _____

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____

31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF _____

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dra. Thaysa Arrighin

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/10/2007

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): PRM Ortopedia e Traumatologia

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA _____

40 - Nº DO BILHETE _____

41 - SE _____

42 - CNPJ EMPRESA _____

43 - CNAE DA EMPRESA _____

44 - CIPR _____

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

48 - DOCUMENTO: () CNS () CPF _____

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SHELIA MARIS VEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 107097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA DE MATERIAL

Nº Prontuário: 159388-2 Convênio: SUS Data: 14/11/2017 Apt/Leito: 110-F Sala: 4
 Paciente: Marcel Ferreira da Silva Circulante: Wahany
 Cirurgia: Fratura Torçozelo Cirurg.: Dr. Francisco Aux.: Dr. Coimbra Instrum.: Rezemelo/Alex
 Anestesiista: Dr. Varela Tipo Anestesia: Torçozelo + Sedação Hora Entrada S. O.: 9:00 A: 9:10 J: 9:20 T: 9:50 Hora Saída S. O.:

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH n°		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA n° 40x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	Sim
AGULHA RAQUI n° 27	1	ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 15cm	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%	100 ml	BIST. MONOPOLAR	
BOLSA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNOGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	Sim
CHERA OSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGÊNIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGÊNIO	Sim
COMPRESSA pacote	11	DOLANTINA		OXÍMETRO	Sim
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	Sim
DRENO PENROSE n°		EFEDRINA		RAIO - X	Sim
DRENO ORTO VAC n°		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS n°	1	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 2ml	1		
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM		Fluxadura	
FIO ALGODÃO n°		GLICINA		Faixa de stretch	1
FIO CAT GUT CROMADO n°		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES n°		HEMACEL			
FIO ETHIBOND n°		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON n° 3	1	INOVAL			
FIO PROLENE n°		ISOFLURANO			
FIO VICRIL n°		KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
GAZE pacote	11	MANITOL			
GLUTARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI n° 24	1	NARCAN			
LENTE INTRA-OCULAR n°		NAROPIM			
LINHO n°		NAUSEDRON			
LUVA ESTÉRIL n° 7.0	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%	1		
LUVA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML		ROCEFIM			
SERINGA 20 ML	1	SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1		
SONDA ASPIRAÇÃO n°		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY n°		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA n°		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL n°		THIOPENTAL 1GR			
Ureteral Degermante	150ml	TILATIL 20mg	1		
Ureteral Alcolico	100ap	XILOCAINA 2% CV			
Ureteral Coloidal 8.5	1	XILOCAINA 2% SV			
Ureteral Coloidal 7.5	1	XILOCAINA GEL			
Ureteral Coloidal 8.0	1				

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

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

RELATORIO DE CIRURGIAS			
NOME: <u>MANOEL FORTALEZA DA SILVA</u>		PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	PESO:	DATA: <u>14/11/2018</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRATURA DO TORNADOZITO DIREITO</u>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>10cm</u>			
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DO TORNADOZITO</u>	
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA			
TIPO DE CIRURGIA <u>URGÊNCIA</u>		ANESTESISTA	
EQUIPE CIRURGICA: CIRURGIÃO: <u>FRANCISCI</u> 1º AUXILIAR: <u>G. GONCALVES</u> 2º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: <u>ADRISSON</u> CIRCULANTE: _____			
Hora Início: _____		Horá Término: _____ Duração: _____	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.

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

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA RAQUIDIANA
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO LATERAL EM FIBULA direita + DIVULSAO POR PLANOS ATE O FOCO DA FRATURA
- 6- REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM PLACA SEMI-TUBULAR DE 7 FUROS + PARAFUSOS e parafuso transosseoso de 90mm
- 7-
- 8-
- 9-CONTROLE RADIOSCÓPICO FINAL OK + SUTURA
- 9-LIMPEZA DA FERIDA OPERATÓRIA COM S.F. 0.9%
- 10-SUTURA POR PLANOS ATE PELE E CURATIVO ESTERIL

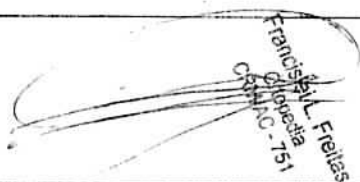
ACIDENTES E INCIDENTES:

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


 Francisco L. Freitas
 Cirurgião
 CRM-AC - 751

CIRURGIÃO - CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.



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 Ferreira da Silva*
 N° Apt°.: *110-F*
 Data: *14-11-2017*
 Cirurgia: *Fratura de tornozelo*
 Início: *09:20*
 Término: *09:50*

Pontuação Final:
 Cirurgião: *Dr. Francisco*
 Enfermeiro (o): *François*
 Anestesista: *Dr. Vanusa*
 Tipo de Anestesia: *Ráqui + Sed.*

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tosse	2				
- Esforço respiratório limitado	1	<i>2</i>	<i>2</i>		
- 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				
- Acorda quando chamado pelo nome	1	<i>1</i>	<i>2</i>		
- Não responde o comando	0				
Coloração:					
- Coloração e aparência normais da pele	2				
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterício	1	<i>2</i>	<i>2</i>		
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2				
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1	<i>1</i>	<i>1</i>		
- 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

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

Dr. Vanusa Pereira Machari
 Médica
 CRM/AC - 1357

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

14-11-2017 às 09:55 deu entrada na SRPA após procedimento cirúrgico, acordado, comunicativo, nomeado, nomeativo. Portando AVP em MSE com bom fluxo, curativo occlusivo em tornozelo direito. Monitorizado com simetria do pulso com SPO2: 97%. FC: 54 bpm. PA: 98 x 51 mmHg. As 10:10 paciente permanece na SRPA com SPO2: 98% FC: 49 bpm. PA: 95 x 69 mmHg. As 10:25 paciente permanece na SRPA, com SPO2: 97%. FC: 49 bpm. PA: 95 x 69 mmHg. As 10:40 paciente permanece na SRPA com SPO2: 97%. FC: 50 bpm. PA: 95 x 46 mmHg. As 10:30 paciente estável e liberado por Dra Vanessa da SRPA e encaminhado em maca para o leito.

Vapilza Lima da S
Téc. de Enfermagem
Coren/Ac 001.187.2



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE
PESACRE

REGISTRO: Paciente
NOME DO PACIENTE: Julia V. da Silva
IDADE: 37
CLÍNICA: 159188
LEITO: 410 F
HUBS: HLERB

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DIAGNÓSTICO: <u>Problema Profundol</u></p> <p>DATA DO TRAUMA: <u>26/10/17</u></p> <p>DATA DA CIRURGIA: <u>14/10/17</u></p> <p>DATA DA INTERNACAO: <u>13/10/17</u></p> <p>MEDICO RESPONSÁVEL: <u>Marcelly</u></p> <p>HOSPITAL: <u>USU</u></p> <p>MATERIAL: <u>CX 3, 6 mm M</u></p>	<p>1. DIETA ZERO APOS 00:00</p> <p>2. SF 0.9% 1000 ML IV 24H</p> <p>3. DÍPIRONA 1G EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAUMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H SN</p> <p>5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN</p> <p>8. CUIDADOS GERAIS</p> <p>9. SINAIS VITAIS</p>	<p><u>08/08</u> <u>06</u> <u>08/08</u> <u>10</u></p>	<p>Instalação Prescrita Abrir 17:00-17:00 Exame do Centro Circulatório, Peso Pós-operatório da Cava Dietas, secreção em nariz em de ambiente, suprimido, afc Pel. noturno tímido, noturno conedulo, Neg. exame microscópico, DM e HAS. PA 110 x 80 mmHg, fe 62 SP. SAO 2.98% Alc. 0.8% Glucose 100 mg/dl ENT. 367.165 COREN</p> <p>AS 14:30hs presença abdominal Dado de organismo de tua E. segue estavei no leito Gu. de ambiente. Afecção, normo peso inj. de 40' 1 PA: 140 x 60 mmHg, FE. 161PM FC: 78 bpm SP. 2.98%</p> <p>Stussifilia V. Almeida Enfermeiro COREN</p>

(Handwritten signature and stamp)
STELA MARIS VIEIRA MENDES
COREN

13. Deixei de ir ao trabalho
devido a uma gripe, e fui
tratado com medicamentos,
mas não melhorou.
Fiz exames, em referência
ao pulmão, foi medicado e
citaram a dúvida operada (F.F.)
resposta SSP: P. A = 120x10mm
C. Defeito 122. 129



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

PACIENTE: 159188 - 2

MANOEL FERREIRA DA SILVA

LEITO: 112 F

DATA: 14/11/2017

HORA: 07:54

NRO PRESCRICAO 204027

NRO REQ. FARM: 1162069

PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		
02	SORO FISIOLÓGICO 0,9 % 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV 6 X 6	9/6 22 04 10
03	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV 6 X 6	9/6 22 04 50
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV 6 X 6	
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	1	EV 6 X 6	
04	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV 8 X 8	9/6 22 06
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV 8 X 8	
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV 8 X 8	
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 8 X 8	
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV 8 X 8	
06	SORO RINGER C/LACTATO 500 ML (SISTEMA FECHADO)	FRAS	1	EV 12 X 12	9/6 06
07	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV 8 X 8	9/6 22 06
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 8 X 8	
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV 8 X 8	
08	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	AMP	1	EV 6 X 6	9/6 22 04 10
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV 6 X 6	
	AGUA DESTILADA 10 ML	AMP	2	EV 6 X 6	
09	CURATIVO	UN	1		

EVOLUÇÃO

FOR X Tratamento cirúrgico feito no decorrer

Francielei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

15/11/2017

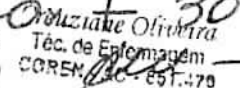
Francielei L. Freitas
Ortopedia
CRM/AC - 751

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097477620198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E5.

40. Pac. admitido nesta enfermagem proveniente da CC. em fls. 122
acompanhado pelo procedimento ortopédico em tornozelo direito.
sem queixas, segue sob efeito de anestesia raque. -
Verga HAS, DM ou alergia medicamentosa. SSUV. PA: 110x70 mmHg
T_{ax}: 36,4 °C; FC: 55 bpm; SpO₂: 97%. Inf. Rafael. COREN/AC 519.190

11/11/17. Das 13:00hs às 19:00hs. Paciente em repouso no leito
ácido, orientado, comunicativo, supnico, aférril, fa-
medicado e.p.m. aceita dieta oferecida, macerada (+
líquida (+) SSUV PA: 120x80 mmHg, SpO₂: 95% FC: 73 bpm
atando HU em MSE, queixas novas Tec. nil da
26.790

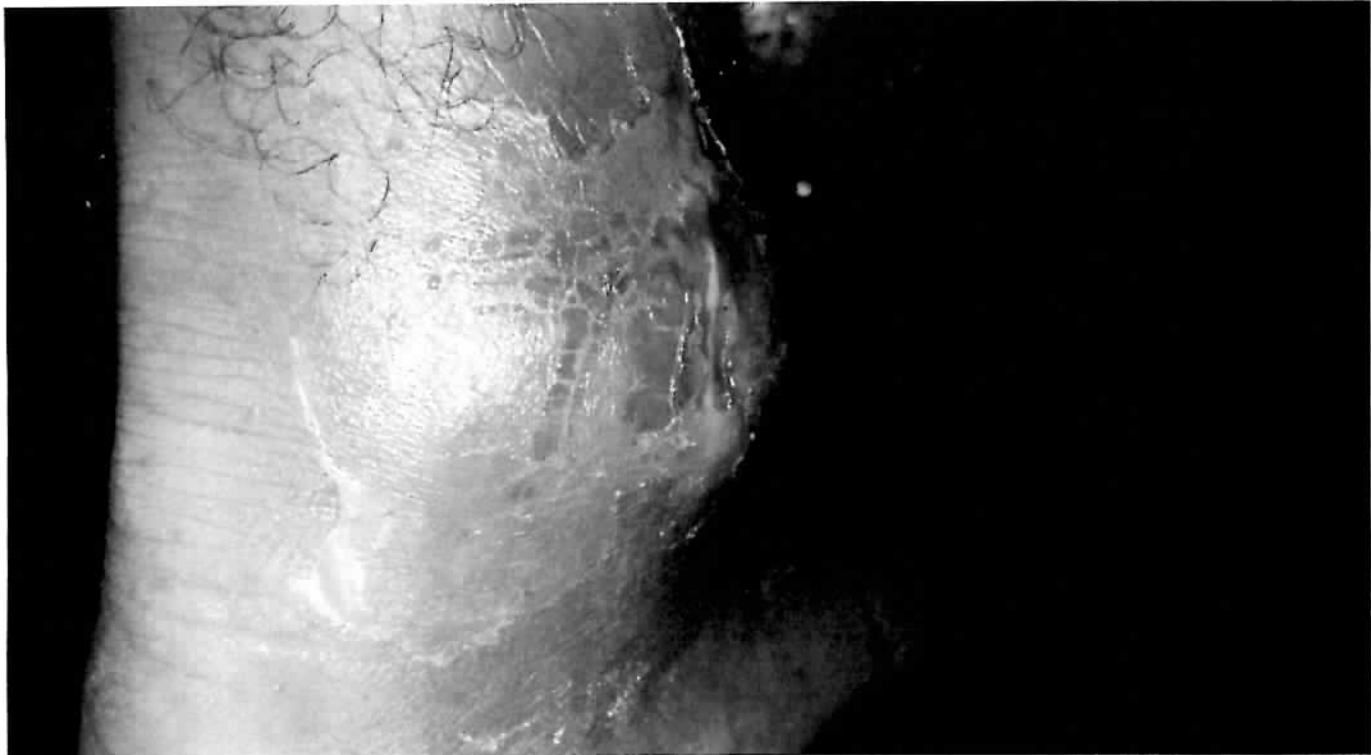
11/11/17 19:00 às 07:00 - Evolui com supnico, aférril,
ácido, normotensão, diurese presente. Orientado -
medicado, no decorrer conforme prescrição. PA: 120 x 80 mm
Hg. T_{ax}: 36,8 °C Tec. inf. Walter 170.114

15/11. 08:00. Realizado curativo em FO, com aspecto
limpo e seco, utilizando O2 por de gases + O3 luva
estéril n: 7.0 + 30 ml de álcool 70% + 30 ml de
500,97. + 01 Atadura 15 cm. Tec. 
Priscila Oliveira
Téc. de Enfermagem
COREN/AC - 519.179

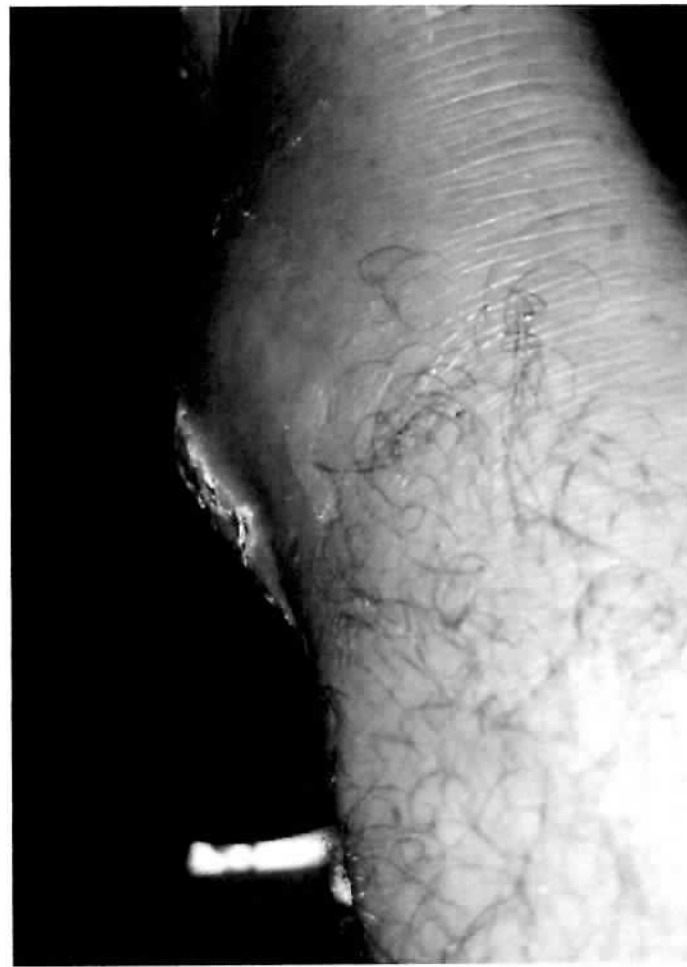
15/11/17. 9:36. Pac. recebe alta hospitalar. Libera exa-
me + orientações. Segue ali e saído acompanhado por
equipe de enfermagem.

Rafael Nobre Machado
Enfermeiro
COREN/AC 519.190











Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: MANOEL FERREIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180212271
Vítima: MANOEL FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 26/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180212271, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na Investprev Seguradora S/A, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

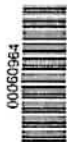
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01927/01928 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12957245



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: MANOEL FERREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180212271

Vítima: MANOEL FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 26/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180212271**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12923085



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL FERREIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180212271**
Vitima: **MANOEL FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **26/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180212271**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12923162



SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192	Data Emissão: 21/12/2017 Hora emissão: 16:55 Operador:
Nº da Ocorrência 1710260066	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 26/10/2017 17:38 Dt/Hr Término: 26/10/2017 18:41	Classificação de Risco: VERDE(BAIXO RISCO) Tipo Ocorr: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr: COLISÃO CARRO X MOTO

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante
End: R 25 DE DEZEMBRO
Bairro: TANCREDO NEVES
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: APOS O BOX DA PM

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS Telefone do Solicitante: (68) 999859527 Quem: COLUSÃO	Origem da Ligação: DOMICILIO
---	------------------------------

VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente IMANUEL FERREIRA DA SILVA	Idade: 35 ANO(S)	Sexo: MASCULINO
	Classificação: ADULTO	CNS:	Documento:
	Endereço: R		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 17:40
	Avaliação: COLISÃO CARRO/MOTO,VITIMA COM FCC NA FACE	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:07	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:07	Situação: F
	Destino: UPA DA SOBRAL FRANCO SILVA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:07	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

Vítima 1	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:06	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:06	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	Data/Hora: 26/10/2017 18:06	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		

CONCLUSÃO

MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ 1	Veículo: USB 08 RBO	Data/Hora Envio Equipe: 26/10/2017 17:41
	Dt/Hr Saída Base: 26/10/2017 17:41	Dt/Hr Chegada Local: 26/10/2017 18:00
	Dt/Hr Saída Local: 26/10/2017 18:15	Dt/Hr Chegada Destino: 26/10/2017 18:40
	Dt/Hr Saída Destino: 26/10/2017 18:41	Dt/Hr Chegada Base: 26/10/2017 18:41

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E8.

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	26/10/2017 17:38		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	26/10/2017 17:38	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	26/10/2017 17:41	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	26/10/2017 17:56	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	26/10/2017 18:07	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA
MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	26/10/2017 18:37	MARIA DELCÍDIA DE SOUZA DA CUNHA	EM FILA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 05/08/2019 às 12:15, sob o número 07097476220198010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0709747-62.2019.8.01.0001 e código 22CB4E8.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL FERREIRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180212271**
Vítima: **MANOEL FERREIRA DA SILVA**
Data do Acidente: **26/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180212271**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01927/01928 - carta_03 - INVALIDEZ



00060964

Carta nº 12957245