



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE LUIZ ANDRADE DA ROCHA e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 06/11/2019 às 16:55 , sob o número 07005679220198010010. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0700567-92.2019.8.01.0010 e código 241AF73.

 <p><b>Eletrobras</b> Distribuição Acre</p>		<b>SEU CÓDIGO</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">0236316-0</span>																																	
<small>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</small>																																			
<b>CONTA MÊS</b> <b>SETEMBRO/2018</b>		<b>VENCIMENTO</b> <b>26/09/2018</b>	<b>CONSUMO (kWh)</b> <b>521</b>																																
			<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>310,95</b>																																
<small>FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES DA SILVA RM DO CHAGAS (RURAL) 500 BUJARI (RURAL) CPF: 00019621264200 CEP: 69.923-000 - BUJARI</small>																																			
<b>DADOS DA LEITURA</b> Atual: 14965 Anterior: 14444 Constante de Multiplicação: 1,000 Consumo Medido: 521 Consumo Faturado: 521		<small>ROT: 33.003.33.01.000800</small> <b>DATAS DA LEITURA</b> Atual: 21/09/2018 Anterior: 22/08/2018 Próxima Leitura: 18/10/2018 Emissão: 18/09/2018 Apresentação: 21/09/2018																																	
<b>Forma de Faturamento:</b> NORMAL		<b>Código de Irregularidade:</b>	<b>Dias de Consumo:</b> 30																																
<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe/Subclasse</th> <th>Ligaçao</th> <th>Número Medidor</th> <th>Poste</th> <th>Código Fat.</th> <th>Média 12 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RURAL</td> <td>BI</td> <td>8057153</td> <td></td> <td>4.1.2.2</td> <td>488</td> </tr> </tbody> </table>				Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses	RURAL	BI	8057153		4.1.2.2	488																				
Classe/Subclasse	Ligaçao	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses																														
RURAL	BI	8057153		4.1.2.2	488																														
<b>HISTÓRICO kWh</b> Mês/ano consumo AGO/18 548 JUL/18 528 JUN/18 396 MAI/18 483 ABR/18 446 MAR/18 460 FEV/18 469 JAN/18 518 DEZ/17 498 NOV/17 489 TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 521 - 0,406950		<b>DESCRIÇÃO DA CONTA</b> CONSUMO 521 A R\$ 0,556246 = 289,80 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,00 CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 0,69 MULTA POR ATRASO 08/18-00 6,05 JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 1,41 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 26,03																																	
<b>MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO</b> LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28 Parabens! Ate o dia 18/09/2018, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.																																			
<b>RESERVADO AO FISCO</b> B806.C3F6.5327.3E0A.93CE.332C.EE59.1DDE																																			
<b>COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$</b> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Distribuição: 95,43</td> <td>Energia: 76,11</td> <td>Transmissão: 2,54</td> <td>Encargos: 37,95</td> <td>Tributos: 77,77</td> </tr> </tbody> </table>		Distribuição: 95,43	Energia: 76,11	Transmissão: 2,54	Encargos: 37,95	Tributos: 77,77	<b>IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$</b> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>Base de Cálculo: 289,80</td> <td>Aliquota ICMS: 25,00%</td> </tr> <tr> <td>Valor do ICMS: 72,45</td> <td>Valor do PIS: 0,95</td> </tr> <tr> <td>Valor do COFINS: 4,37</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Base de Cálculo: 289,80	Aliquota ICMS: 25,00%	Valor do ICMS: 72,45	Valor do PIS: 0,95	Valor do COFINS: 4,37																						
Distribuição: 95,43	Energia: 76,11	Transmissão: 2,54	Encargos: 37,95	Tributos: 77,77																															
Base de Cálculo: 289,80	Aliquota ICMS: 25,00%																																		
Valor do ICMS: 72,45	Valor do PIS: 0,95																																		
Valor do COFINS: 4,37																																			
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">DIC</th> <th colspan="3">FIC</th> <th>DMIC</th> <th>DICRI</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> <th>Mensal</th> <th>Trimestral</th> <th>Anual</th> <th>Mensal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Limite</td> <td>13,43</td> <td>26,86</td> <td>53,73</td> <td>6,93</td> <td>13,86</td> <td>27,72</td> <td>6,72</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td>1,19</td> <td></td> <td></td> <td>1,00</td> <td></td> <td></td> <td>1,19</td> </tr> </tbody> </table>				DIC			FIC			DMIC	DICRI		Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Limite	13,43	26,86	53,73	6,93	13,86	27,72	6,72	Realizado	1,19			1,00			1,19
DIC			FIC			DMIC	DICRI																												
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal																												
Limite	13,43	26,86	53,73	6,93	13,86	27,72	6,72																												
Realizado	1,19			1,00			1,19																												
<b>Conjunto</b> <b>TANGARA</b>		Período de apuração: 07/2018 EUSD: 118,34																																	



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** KÁTIA BARROS DE OLIVEIRA, brasileira, união estável, motorista, portadora da carteira de identidade (RG) nº. 245.148 – SSP/AC , inscrita no CPF sob o nº 588.524.922-91, residente e domiciliada à Ramal do Chagas 500, Zona Rural, município de Bujari - Acre, CEP 69.923-000 e telefone (068) 99957-8767 e 98426-7390 e e-mail:[katyacuties@hotmail.com](mailto:katyacuties@hotmail.com), as partes acima qualificadas, vem, por meio deste instrumento particular, cujo mandado, se revogado, ensejará indenização pelo trabalho eventualmente já realizado pelo advogado mandatário, bem como demais cominações contratualmente estabelecidas, nos termos do contato de honorários advocatícios vinculados ao presente instrumento, pelo qual nomeio e constitui o advogado, abaixo qualificado;

**OUTORGADOS:** JORGE LUIZ ANDRADE DA ROCHA, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado Acre, sob o n. 3.909;

**PODERES GERAIS:** a quem confere os poderes da cláusula ad judicia et extra, permitindo atuar em todas fases do processo; propor contra quem de direito as ações que se fizerem necessárias, defendendo-o das contrárias, atinentes, conferindo, ainda, aos outorgados;

**PODERES ESPECIAIS:** os poderes especiais para transigir; desistir; firmar compromissos e/ou acordos, acolher valores relacionados com o litígio, podendo, por isso, receber e dar quitações, retirar alvarás judiciais, levantar valores e ou quantias depositadas judicialmente nas respectivas ações seja da parte contrária ou de terceiros, relacionados com o objeto deste mandato; firmar compromisso; podendo agir em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes; a parte acima qualificada, vem, por meio deste instrumento particular

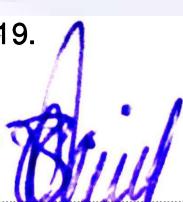
**PODERES EXCETUADOS:** os outorgados não têm poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber citação;

**INTIMAÇÕES:** sob o manto da prerrogativa estatuída nos §§ 1º e 2º, um e outro do CPC, define-se que as intimações deverão ser feitas em nome do Advogado JORGE LUIZ ANDRADE DA ROCHA, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Estado Acre, sob o nº. 3.909, com endereço profissional sito na Rua Manoel Cassiano, 244, Bairro do Bosque, Cidade Rio Branco, Estado do Acre, CEP 69900-436, endereço eletrônico:[jorge.andrade.adv@gmail.com](mailto:jorge.andrade.adv@gmail.com) Telefone (068) 99912-0000.

**PROCURAÇÃO ESPECÍFICA:** este instrumento de mandato destinada é conferido **ESPECIFICAMENTE**, para propor qualquer ação, perante a Seguradora Líder – Seguro DPVAT.

**INTIMAÇÕES:** não há limite de prazo de vigência.

Rio Branco – Acre, 01 de novembro de 2019.

  
Kátia Barros de Oliveira  
Outorgante

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

KÁTIA BARROS DE OLIVEIRA, brasileira, união estável, motorista, portadora da carteira de identidade (RG) nº. 245.148 – SSP/AC , inscrita no CPF sob o nº 588.524.922-91, residente e domiciliada à Ramal do Chagas 500, Zona Rural, município de Bujari - Acre, CEP 69.923-000 e telefone (068) 99957-8767 e 98426-7390 e e-mail: katyacuties@hotmail.com, DECLARO, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º, da Constituição Federal c/c o parágrafo único, do artigo 98 e ss, da Lei nº 13.105/2015, ser pobre nos termos da lei, na acepção da palavra e não poder dispor de condições financeira para arcar com as despesas processuais.

A presente declaração é feita sob as penas da Lei nº 13.105/2015 e da Lei nº 7.115/1983, ciente, portanto, a declarante e, que em caso de falsidade, ficará sujeita às sanções criminais, civis e administrativas previstas na legislação própria.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo a presente.

Rio Branco – Acre, 01 de novembro de 2019.

Kátia Barros de Oliveira  
Declarante

Governo de Estado do Acre  
 Secretaria de Estado de Saúde  
 Hospital das Clínicas do Acre  
 Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

**LAUDO MÉDICO**

NOME: Katia Barros de Oliveira

O paciente supracitado apresenta fratura ulna distal e  
cobertura do rádio esquerdo a partir de 28/07/18  
 ou há \_\_\_\_\_, tendo sido tratado com osteossíntese  
de ulna proximal esquerda.  
 No momento, encontra-se sem acompanhamento  
ambulatorial periódico e fisioterápico

CIP: 552.6

*Robson de Souza*  
 CRM - 1963  
 MÉDICO  
 TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

05/09/18

Médico

Rio Branco - AC

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2571297 DATA: 28/07/2018 HORA: 22:24 USUARIO: CONCEICAO  
CNS: 700509173574554 SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

EXTERNA

NOME : KATIA BARROS DE OLIVEIRA		IDENTIFICACAO DO PACIENTE
IDADE.....: 42 ANOS	NASC: 12/11/1975	DOC...: SUS
ENDERECO....: RUA MARINGA		SEXO...: FEMININO
COMPLEMENTO....:		NUMERO:
MUNICIPIO....: ARIQUEMES	BAIRRO: SETOR JARDIM PRIMAVERA	
NOME PAI/MAE..: LUIZ ALVES DE OLIVEIRA	UF: RO	CEP....:
RESPONSAVEL....: VEIO DE SAMU	/MARIA RAIMUNDA DE ARAUJO BARRO	
PROCEDENCIA....: RODOVIA - BR 364	TEL....: 99976-2540	
ATENDIMENTO....: ACIDENTE DE TRANSITO		
CASO POLICIAL.: SIM	PLANO DE SAUDE....: NAO	TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO	VEIO DE AMBULANCIA: SIM	

PA [131] x 93 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [96] SPO2 [98]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_

ACIDENTE PACIENTE com HISTÓRIA DE AUTOMOBILISTICO.

A: VIAS AERIAS OBSTRUÍDAS B: MVT. S/IR SEM CUSTO  
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
e BCNF em ST. GLASSOW 4+5+6 = 75

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

D: PIAS TROPONICAS F. TROPONATIVA

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. RX coluna, TORAX, BRAÇO

NEURO

2. AV ORTOPEDISTA

SAME / HUERB

3. Dipirona oral 600 mg

CÓPIA

4. Tiotol 20

CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: \_\_\_\_\_

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

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

FAMÍLIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL.

7. Cel. Roberto de Rezende 24/07/2018

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Assinatura do Dr. Guido Vilhamor, Cirurgião Plástico CRM-AC 1111

26/02/18

00:44

Otorrinolaringologia

fls. 18

Paciente vítima de acidente automobilístico ~~segundo~~ às 18:40, com lesões retro-escapular e diafrágmata, dor em costados/antebraços punhos engessados.

No rx d fratura do omro distal (humero) ~~distal~~ no ombro distal  $\odot$  e ulna diafrâmic  $\odot$ .

\*  $\odot$  Imobilização de tal fratura  
Sintomas novos + orienta o paciente que recente de intercorrência trastorno animação. A mesma informa que seu esposo faleceu acidente e que recente "entrou" em depressão e que volta para regularizar seu tratamento.

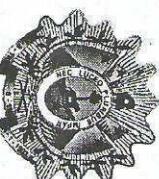
- solicita TC do punho e cotovelo
- solicita ex. de neurologia
- reavaliação da ortopedia após liberação de níveis pre
- observações da trauma.

As 03:00hs Paciente admitida na obs trauma relatando capotamento, 10TB, ressuscitado em ar ambiente, portando APG em MSB, em sorofera, MSB e imobilização aguardando revalidação da ortopedia Dracel

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Dra.  
PRM  
Frig Ferreira  
2018-02-26

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



NovoAcre

10

UNIDADE:  
NOME: Karen Rose Oliveira  
IDADE: 14

DADE 43 BE -

OBSERVAÇÃO

FEC Extra

Dra Cláudia Lima  
Neurocirurgia  
CRM 1379 AC

Confundido 08/10  
Paciente com lesão do fêmur

de cefaleia E + P Enxaqueca Migrânea.  
Cid: Fuso Urticado e Infiltrado.

Obs: Paciente refira que sente

na escápula dor no ombro  
desenvolvendo o comprimento

do membro e na escápula.  
Por vezes não consegue

sentir dor nas costas devido

às crises de dor

que sente

nas costas

nas costas

Katia. O dejet

25/12/94 120

Marcos

Pedreiro deslocado

Lombar deslocada

Costela deslocada

GTS: dor no tronco

Dr. Carlos ve

Dr. Carlos Marques Jr.  
Ginecologista e Endocrinologista  
CRM-AC 16901SB01 15077

21/10/11 8 am 10:20 Pacie: Díbender

Saudade de volta e  
orientação médica.

Dr. Augusto H. Rodrigues  
Enfermeiro

COREN 9561-AC

SAMEY/HUERB

CÓPIA

Dra. Cláudia Lima  
CRM 1379 AC



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

NOME: Ketuoi Bonn Oliveira

IDADE: 21 ANOS

*A 28.07.18  
23:45*

## RELATÓRIO ABDOMINAL

Fígado: Normal

*Dr. Ederson Amorim  
Médico-Radista  
Médico Gastroenterologista  
Anestesiologista  
CRM: 000000000000000000*

Vesícula Biliar: Normal

Pâncreas: Normal

Rins: Normal

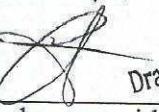
Aorta: Normal

Baço: Normal

Bexiga: Chuva

Conclusão: "Ausência" de líquido livre em  
lúvodese posti "presente  
momento"

*SAME/HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAIS*

Data 29/7/18 Hora \_\_\_\_\_ Médico   
Dra Cláudia Lima  
Neurocirurgiã  
CRM 1379 AC

Recebi a ficha de orientações médicas e estou ciente da necessidade de seguir as instruções recebidas

Kellany Reim da Sotago Barro  
Assinatura do Paciente ou Responsável

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque - Rio Branco - Acre - Cep: 69.908-620 - Tel. (0xx68) 3223-3080.  
FAX: 3223-1897 - Direção Geral: (0xx68) 3223-1897 e-mail: [hgerb.sessacre@ac.gov.br](mailto:hgerb.sessacre@ac.gov.br)

SAMU		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 04/09/2019 Hora emissão: 14:24 Operador:
Nº da Ocorrência 1807280122	Qty. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 28/07/2018 19:19 Dt/Hr Término: 28/07/2018 22:03	Classificação de Risco: AMARELO (RISCO MÉDIO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: CAPOTAMENTO.	

#### DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante: BRUNO
End.: R. BR 384 KM 210
Bairro: **** SELEÇÃO ****
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: PROX. AO MUNICÍPIO SENA MAGUREIRA.. PROX. AO RAMAL DO GAVIÃO

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS  
Telefone do Sócio/parceiro: (68) 821028909  
Queda: ACIDENTE

Origem da Ligação: DOMICÍLIO

#### VITIMAS

Vítima 1	Nome: KATIA BARROS DE OLIVEIRA Classificação Endereço:	Idade: 46 ANOS CNS:	Sexo: FEMININO Documento:
Vítima 2	Nome: RONALDO APARECIDO ASSUNÇÃO Classificação Endereço:	Idade: 48 ANOS CNS:	Sexo: MASCULINO Documento:
Vítima 3	Nome: Paciente 3 Classificação Endereço:	Idade: CNS:	Sexo: Documento:

#### AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Avaliação: EQUIPE NO LOCAL- VITIMA EM OBITO	Data/Hora: 28/07/2018 21:48
Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Avaliação: EQUIPE NO LOCAL- VITIMA JA TINHA SIDO ATENDIDA PELO CORPO DE BOMBEIRO. APRESENTA FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, JA IMOBILIZADO PA 120X60, FC: 84, SPO2:99%	Data/Hora: 28/07/2018 21:48
Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Avaliação: CAPITAL BRUNO LIMA DO 7 BEC, ENTROU EM CONTATO COM O SAMU, SOLICITANDO UMA VTR PARA CAPOTAMENTO. SEGUNDO ELE 1 VITIMA COM FRATURA DE MEMBRO SUPERIOR E OUTRA VITIMA PREDA EM FERRAGENS	Data/Hora: 28/07/2018 19:17

#### AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

#### DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGÊNCIA Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RBO - HUEPB Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Intercorrências: Observações:	Data/Hora: 28/07/2018 21:51	Situação: F
-------------	--	-----------------------------	-------------

Vítima	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 28/07/2018 21:49	Situação: F
1	Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 28/07/2018 21:49	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 28/07/2018 21:52	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 28/07/2018 21:49	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO	Data/Hora: 28/07/2018 21:52	Situação: F
2	Destinatário: LOCAL DA OCORRÊNCIA Profissional: TATIANA FARAH DE SOUZA Interveniente: OBITO CONSTATADO NA CHEGADA DA EQUIPE Observação:	Data/Hora: 28/07/2018 21:52	Situação: F

## CONCLUSÃO

## MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO

SEQ	Veículo: US8 22 BUJARI Dt/Hr. Saída Base: 28/07/2018 19:44 Dt/Hr. Saída Local: 28/07/2018 21:52 Dt/Hr. Saída Destino: 28/07/2018 22:19	Data/Hora Envio Equipe: 28/07/2018 19:33 Dt/Hr. Chegada Local: 28/07/2018 20:51 Dt/Hr. Chegada Destino: 28/07/2018 22:16 Dt/Hr. Chegada Base: 28/07/2018 22:09
1		

## MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

Efectuado pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
THALITA DE LIMA RAMOS	28/07/2018 19:13		THALITA DE LIMA RAMOS
THALITA DE LIMA RAMOS	28/07/2018 19:14	THALITA DE LIMA RAMOS	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 19:28	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
ANTONIO SILVA DE CASTRO	28/07/2018 20:19	ANTONIO SILVA DE CASTRO	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:48		TATIANA FARAH DE SOUZA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:50	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:50	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:50		TATIANA FARAH DE SOUZA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:52	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:52	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA
TATIANA FARAH DE SOUZA	28/07/2018 21:52	TATIANA FARAH DE SOUZA	EM FILA

## HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91549  
 Numero do CNS....: 700509173574554  
 Nome.....: KATIA BARROS DE OLIVEIRA  
 Documento.....: CART.SUS                  Tipo :  
 Data de Nascimento: 12/11/1975              Idade: 42 anos  
 Sexo.....: FEMININO  
 Responsavel.....: LUIZ ALVES DE OLIVEIRA  
 Nome da Mae.....: MARIA RAIMUNDA DE ARAUJO BARRO  
 Endereco.....: RUA MARINGA  
 Bairro.....: SETOR JARDIM PRIMAVE Cep.: 00000-000  
 Telefone.....: 99976-2540  
 Municipio.....: 1100023 - - RO  
 Nacionalidade....: BRASILEIRO  
 Naturalidade....: RONDONIA

## DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada..: 4 - EMERGENCIA                  No. do BE: 2571792  
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED,CIRURGICA BL "B"  
 Leito.....: 999.0097  
 Data da Internacao: 31/07/2018  
 Hora da Internacao: 08:00  
 Medico Solicitante: 024.667.363-06 - CARLOS ANTONIO DE ARAUJO MARQUES JUNIOR  
 Proced. Solicitado: 04.08.02.043-1  
 Diagnostico.....: S52.2  
 Identif. Operador.: SERGIA

## INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / HUERB

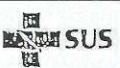
CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

**Governo do Estado do Acre**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE**

Unidade:

ANEXO I

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <input type="text" value="HOSPITAL DA CACHAMARCA"/>		2 - CNES <input type="text" value="000000000000000000"/>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <input type="text" value="HOSPITAL DA CACHAMARCA"/>		4 - CNES <input type="text" value="000000000000000000"/>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>Karla Barros de Oliveira</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>91849</b>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text" value="000000000000000000"/>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>12/11/75</b>	
9 - SEXO <b>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/></b>		10 - RAÇA/COR <input type="text" value="P"/>	
11 - NOME DA MÃE <b>Maria Raimunda de Araújo</b>		12 - FONE DE CONTATO <input type="text" value="065-3212-1000"/>	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <input type="text" value="Maria Raimunda de Araújo"/>		14 - FONE DE CONTATO <input type="text" value="065-3212-1000"/>	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>Rua. Maringá Sotor Jardim Primavera</b>		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text" value="Cachamaca"/>	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text" value="68000-000"/>		18 - UF <input type="text" value="AC"/>	
19 - CEP <input type="text" value="68000-000"/>			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <p>Pct v/fma de acidente em carreta levaronamento no dia 27/10/18. Pct retorno hoje para fazer internação e progrmopat criseos. Ao exame opressão perifero de epicondilo radial e Fr 2ºfase do ulno (E)</p>			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <p>As Súas Desordens</p>			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <p>Radiofotografia e Exame Físico</p>			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fr Displasico de Ulna (E) T012</b>		24 - CID 10 PRINCIPAL <b>V476</b>	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text" value="000000000000000000"/>		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text" value="000000000000000000"/>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>Tfr Arrepiço e Fr Displasico de Ulna</b>		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>030 801 0019</b>	
29 - CLÍNICA <b>Dr. Carlos Marques Jr.</b>		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>Ortopedista e Traumatologista</b>	
31 - DOCUMENTO <b>ICNS</b>		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>024667361507</b>	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>Dr. Carlos Marques Jr.</b>		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>31/10/18</b>	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Dr. Carlos Marques Jr.</b>		36 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) <b>000000000000000000</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b> <b>000000000000000000</b>			
37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/>	
39 - CNPJ DA SEGURADORA <input type="text" value="000000000000000000"/>		40 - CNPJ EMPRESA <input type="text" value="000000000000000000"/>	
41 - SÉRIE <input type="text" value="000000000000000000"/>		42 - CNAE DA EMPRESA <input type="text" value="000000000000000000"/>	
43 - CBOR <input type="text" value="000000000000000000"/>		44 - CBOR <input type="text" value="000000000000000000"/>	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text" value="Med. Rui Pinto"/>	
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text" value="000000000000000000"/>		48 - DOCUMENTO <b>( ) CNS    ( ) CPF</b>	
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>19037623855408</b>		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text" value="11/10/2018"/>	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <input type="text" value="000000000000000000"/>		52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <input type="text" value="000000000000000000"/>	

**Med. Rui Pinto**  
**CPF: 737.571.877-08**  
**Revisor de Prontuário**

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2571792 DATA: 31/07/2018 HORA: 07:41 USUARIO: ERICO  
CNS: 700509173574554 SETOR: 01-CONSULTORIO ADULTO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : KATIA BARROS DE OLIVEIRA DOC...: CART. SUS.  
IDADE.....: 42 ANOS NASC: 12/11/1975 SEXO...: FEMININO  
ENDERECO....: RUA MARINGA NUMERO:  
COMPLEMENTO....:  
MUNICIPIO....: ARIQUEMES BAIRRO: SETOR JARDIM PRIMAVERA  
NOME PAI/MAE...: LUIZ ALVES DE OLIVEIRA UF: RO CEP...:  
RESPONSAVEL...: IRMA KELLY BARROS /MARIA RAIMUNDA DE ARAUJO  
PROCEDENCIA...: MUNICIPIO BUJARI TEL...: 99976545  
ATENDIMENTO...: CONSULTA/PRESCRICAO  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA [135 x 80 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [90] SPO2 [99] P

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

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

## DADOS CLINICOS:

*Diagnóstico: Peritônio e tímpano ple capotamento de carne na noite  
robado dia 28/07/18. Paciente avaliada pela Neurocirurgia e  
pela Anestesiologia. Foi feita cirurgia para aferir o dano.  
Esposo*

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

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

## DIAGNOSTICO:

## PRESCRICAO

Dr. Carlos Marques Jr.  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-AC 1690/SBOT 15077

## HORARIO DA MEDICAO

CID:

**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.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*8h acidente automobilístico h=3d; Reje dos em todos  
corpo; fraturas m=8; nega alucinac;*

Gislaine Dutra Soz Silveira  
Estudante de Medicina  
CORPO: Adm. 336893



UNIDADE:

NOME: Kofia Bonne de Oliveira IDADE: 42-B.E.

OBSERVAÇÃO CCB LEITO: ~~BRDG~~



REGISTRO 30

PACIENTE

KATIA BARROS DE OLIVEIRA

IDADE 42

CLÍNICA CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

LEITO 159

fls.

Evolução

Prescrição

Horário

Anotações de Enfermagem

DI 31/07/2018 DT:28/07/2018	1. DIETA VO LIVRE.
FRACTURA DIAFISARIA DE URNA FRATURA DE UMERO DISTAL ESQUERDO	2. SF 0.9% EV 12/12H <del>500 500</del> 3. DIPIRONA UMA AMP EV 6/6H EV 4. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H + SF 0.9% EV SN
PACIENTE EM USO DE TALA GESSADA AXILO PALMAR	5. PLASIL UMA AMP EV 12/12 H SN
REG, COM DOR LEVE, EDEMA 1+4+ MULTIPLES LESOES ESCORIATIVAS EM ESPERA DE RISCO CIRURGICO	6. CUIDADOS GERAIS 7. CEFALOZINA 1G EV 8/8H <del>12 200</del> 8. GENTAMICINA 240 MG + 250 SF 0.9% 24/24 HRS PASAR LENTO

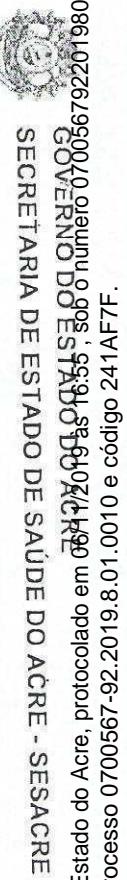
04/08 - 03/08 - Clínica  
exclusiva Jornalista  
Lúcio e Odemir Ribeiro  
neste período. Sem  
apenas —  
Vânia Cristina O. do Nascimento  
Nº. de Enfermagem  
CORON/PC 000437-603

Ouvidoria  
Pediatria  
Cirurgia

SAMEI HUERB  
CÓPIA ORIGINAL

CONFORME

31



**REGISTRO**  
**PACIENTE**

KATIA BARROS DE OLIVEIRA

**IDADE**  
**42**

**CLÍNICA**  
**CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B**

**LEITO**  
**159**

**EVOLUÇÃO**

**PRESCRIÇÃO**

**HORÁRIO**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

DI: 3/10/2018 DT: 28/07/2018	1. DIETA VO LIVRE.	500-500
FRATURA DIAFISARIA DE URNA FRATURA DE UMERO DISTAL ESQUERDO	2. SF 0.9% EV 12/12H — — — — —	10-16-20-4
PACIENTE EM USO DE TALA GESSADA AXILÓ PALMAR	3. DIPIRONA UMA AMP EV 6/6H EV —	—
REG, COM DOR LEVE, EDEMA 1+1/4+ PERFUSÃO MANTIDA. MULTIPLES LESOES ESCORIATIVAS EM ESPERA DE RISCO CIRURGICO	4. TRAMAL UMA AMP EV 12/12H + SF 0.9% EV SN 5. PLASIL UMA AMP EV 12/12 H SN —	—
	6. CUIDADOS GERAIS 7. CEFALOZINA 1G EV 8/8H —	—
	8. GENTAMICINA 240 MG + 250 SF 0.9% 24/24 HRS PASAR LENTO —	—

Dra. Katia Barros  
PROTÓCOLO DE ATENDIMENTO  
CRM/AC 1870

11:00 - 12:00 noite  
as 5:00 na noite  
estável, clara  
lava e lava gengiva  
noz  
Dra. Katia Barros  
PROTÓCOLO DE ATENDIMENTO  
CRM/AC 1870

11:00h + pte leve  
alta hospitalar.  
acompanhado, expreço  
responsivo e seu dor  
eufor náusea 523843

SANE / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

HUERB  
PATHOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: KATIA BARROS DE OLIVEIRA (EME)  
Requisicao: 18.PC.2.010465  
Num. do BE: 02571792

Idade...: 42A

Requis.: 01/08/2018

US. Origem.: HUERB/PS CC-3  
Solicitante: LIVIA DOS REIS FERREIRA

Cons. Regional: 7871

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO  
HEMOGRAMA COMPLETO

**ERITROGRAMA**

Hemacias (em milhoes):....	3,97	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	33,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

**LEUCOGRAMA**

Leucometria Global:.....	6.600	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	66	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielecitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastões:.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	198	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.620	mm3	
Linfocitos:.....	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.452	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	264	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS

SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/08/18 as 08:52 Coleta: 01/08/18 as 06:37-1a, via Impressa, 01/08/18

**COAGULOGRAMA**

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	9 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	257.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/08/18 as 08:51 Coleta: 01/08/18 as 06:37-1a, via Impressa, 01/08/18

*SAME / HUERB*  
*CONFORME ORIGINAL*  
*CÓPIA*

*Alexandre Passos da Silva*  
*Farmacêutico-Bioquímico*  
*CRF/AC 009*

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDASA,700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: KATIA BARROS OLIVEIRA

ID paciente:

ID amost: 4

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2010465

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 01/08/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	93	mg/dL		
URE	33	mg/dL		
CRE	0.7	mg/dL		
Na	139	mmol/L		
K	3.9	mmol/L		
CL	103	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/08/2018 Data/Hora teste: 01/08/2018

Data/Hora impr.: 01/08/2018 07:55:53

Testador:



Nelson Vieira de Miranda  
Bloco Clínico  
C.R.F. AC - 319

Revisor:

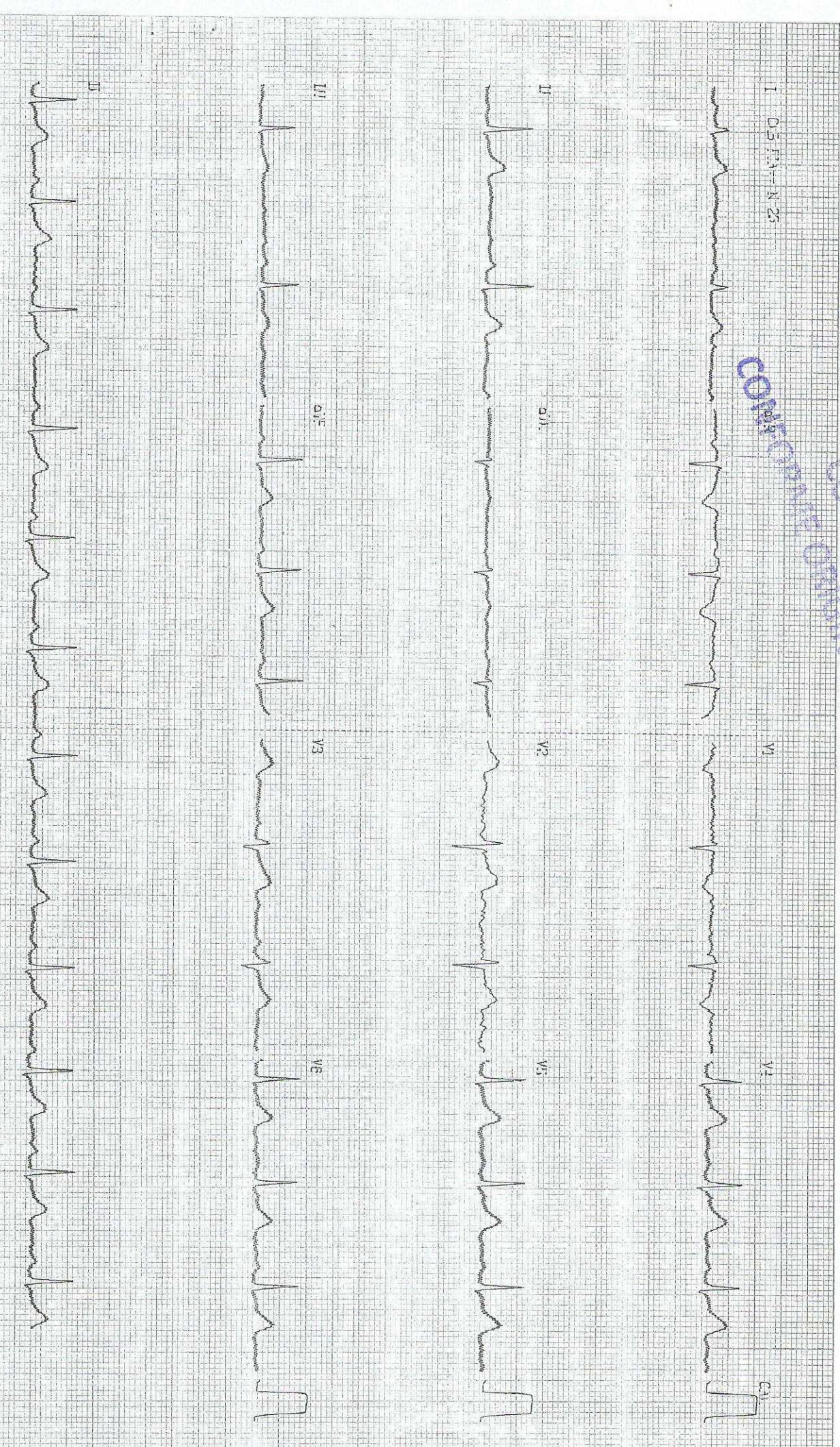
Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL





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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: *Oncopédia* LEITO N° 159 A CLÍNICA: *Cardiologia*  
PACIENTE: *Kátia Barros de Oliveira*

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

*Paciente q. de 42 anos  
com fratura de ulna  
mártir Rio cinza.*

*CONFORME COPIA  
CONFORME ORIGINAIS*

*Dra. Fabiana  
Pronto-Ortopedia Hospital  
CRM/AC 1000*

NOME DO SOLICITANTE: ..... DATA: *out/2018* HORA: .....

RELATÓRIO DA CONSULTA:

*Chacrinha  
Palpabilidade tibial  
18(12) / 3 procedimentos*

*Dr. Eliton Costa  
CARDIOLOGISTA  
CRM/AC 1000*

NOME DO MÉDICO: ..... DATA: ..... / ..... / ..... HORA: .....

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

**Governo do Estado do Acre**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

*Dor no MS*

História da Doença Atual: *Pt com dor de cossamento no dia 27/07/18, já cloro do mês anterior e mela circunferência genital aumentada, foi ao médico para exames que d'eliberou do esposo e de forma breve fez na mela circunferência e fez*  
 História da Doença Anterior: *exame ginecologico*

Exame Físico: *Fx Displasia do útero ( ) eti sem desvio de epicondilo medial do rebto - X*

Diagnóstico Provisório: *Mulher ( ) Displasia do útero + epicondilo medial ( )*

Diagnóstico Definitivo:

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 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/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUEIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFÉRENCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFÉRENCIA 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.

- 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

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91549  
 Numero do CNS....: 700509173574554  
 Nome.....: KATIA BARROS DE OLIVEIRA  
 Documento.....: CART. SUS                  Tipo :  
 Data de Nascimento: 12/11/1975              Idade: 42 anos  
 Sexo.....: FEMININO  
 Responsavel.....: LUIZ ALVES DE OLIVEIRA  
 Nome da Mae.....: MARIA RAIMUNDA DE ARAUJO BARRO  
 Endereco.....: RUA MARINGA  
 Bairro.....: SETOR JARDIM PRIMAVE Cep.: 00000-000  
 Telefone.....: 99976-2540  
 Municipio.....: 1100023 - - RO  
 Nacionalidade....: BRASILEIRO  
 Naturalidade....: RONDONIA

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                  No. do BE: 2574940  
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"  
 Leito.....: 999.0054  
 Data da Internacao: 13/08/2018  
 Hora da Internacao: 15:00  
 Medico Solicitante: 657.464.732-00 - PAULO MARCELINO S JUNIOR  
 Proced. Solicitado: 04.08.02.043-1  
 Diagnostico.....: S52.2  
 Identif. Operador.: SERGIA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SAME / MUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINA

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## Unidade:

ANEXO I

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE		<b>Kolia Barros de Oliveira</b>		6 - DATA DE NASCIMENTO		7 - N.º DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		19/11/75		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>		9 - SEXO	
11 - NOME DA MÃE		<b>Maria Raimunda de Araújo</b>		10 - RAÇA/COR		10.1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO - N.º DO TELEFONE			
14 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		<b>Rua. Maringá Setor Jardim Primavera Araguaias</b>		14 - TELEFONE DE CONTATO - N.º DO TELEFONE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
				18 - CEP		190	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
<p>20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</p> <p>Paciente com diagnóstico de Fratura de Ulna diáfisaria E. Tende hemorragia venosa dia por falta de material cirúrgico. Cirurgia deve ser feita HC dia 13/08/18. Reintervenção p/ remoção de hemorragia.</p> <p>Orientado por Dr Francisco Koshiro.</p> <p>Exames de imagem.</p>							
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL		25 - CID 10 SECUNDÁRIO		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>Fratura de Ulna diáfisaria E</b>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
<b>Ortopedia</b>							
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
<b>Paulo Marcondes</b>							
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
<b>Ortopedia</b>				( ) CNS ( ) CPF			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>Dr. Francisco Koshiro</b>				13/08/18		<b>CRM/AC 2276</b>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE		41 - SÉRIE	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA		44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO		( ) APOSENTADO		( ) NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO							
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
( ) CNS ( ) CPF							
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)					
<b>SAME / HUERB</b> <b>CÓPIA</b>							

MS/DATASUS: HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO  
 No. DO BE: 2574940 DATA: 13/08/2018 HORA: 14:17 USUARIO: KHERLLY  
 CNS: 700509173574554 SETOR: 06-SALA DE GESSO

NOME: KATIA BARROS DE OLIVEIRA IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 IDADE: 42 ANOS NASC: 12/11/1975  
 ENDERECO: RUA MARINGA  
 COMPLEMENTO:  
 MUNICIPIO: ARIQUEMES BAIRRO: SETOR JARDIM PRIMAVERA  
 NOME PAI/MAE: LUIZ ALVES DE OLIVEIRA UF: RO CEP: 00000  
 RESPONSAVEL: A MESMA /MARIA RAIMUNDA DE ARAUJO  
 PROCEDENCIA: HOSPITAL DAS CLINICAS RB TEL: 99976  
 ATENDIMENTO: CONSULTA/PRESCRICAO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
 TRAUMA: NAO

PA [140 x 80 mmHg] PULSO [ ] TEMP. [ ] PESO [ ] FC [78] SPO2 [100]  
 EXAM. COMPL. [ ] RAIOS X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TEC [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente teve cirurgia com alcool, veio fazer exame de reinternacao p/ progressao de novo ditta de cirurgia. Operado por Dr Evans

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]  
 ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA]

DIAGNOSTICO: Fratura de Olimo diafragma (F). CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Internado

SAME / HUERS  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Paulo Matheus S. Jr.  
Pneumologista e Traumatologista  
PRM - SEMAC 2217

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APoS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

14:50h hor no ms ( ); mega alergia;  
 acidente dia 16 de ago; Gislaine Barros Silva  
 Enfermeira  
 COREN - AC 336893

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



**Novo Acre**

A small black star graphic located in the bottom right corner of the page.

UNIDADE:  
NOME:

NOME: Kota Bonito de Oliveira IDADE: 42  
UNIDADE:

SAN JUAN  
ISLANDS

100

CONTINUOUS



EVOLUÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO		
<p>DI 13/08/2018</p> <p>FRATURA DE ULNA DIAFISARIA ESQUERDA</p> <p>PACIENTE EM ESPERA DE AGENDAMENTO CIRURGICO</p> <p>CIRURGIA SUSPENSA NO HC ONTEM POR FALTA DE MATERIAL NO ESTADO</p> <p>PULSOS E PRESERVADOS</p> <p>NEUROLOGICO</p>	<p>1. DIETA VO LIVRE</p> <p>2. SF 0,9% 500ML IV 24/24H</p> <p>3. DIPIRONA 500 MG EV DILUIDO 6/6H</p> <p>4. TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV 12/12H S/N</p> <p>5. PLASIL 5 MG EV DILUIDO 12/12 S/N</p> <p>6. CURATIVO 1X/DIA —</p> <p>7. CUIDADOS GERAIS —</p> <p>8. CUIDADOS PELA FRATURA</p>	<p>8:00 às 17:00h sem interrupção para banho e esperar 1 hora de curativo</p> <p>Novo curativo sempre dividido</p>
<p>Dra. Fábia Hattula Prm Ortopedia e Traumatologia CRM/AC 1870</p> <p>SAME / HUERR CÓPIA ORIGINAL CONFORME</p> <p>16/08/18 - as visões do paciente estavam suspensas para acesso ao período clínico. Lá o paciente</p> <p>DR. FÁBIA HATTULA CRM/AC 1870</p>		

fls. 43

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE  
NÚMERO DA ROCHE: 0700567-9220-08010010-0  
CÓDIGO 241AF85.

REGISTRO PACIENTE

KATIA BARROS DE OLIVEIRA

IDADE CLÍNICA  
42 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B  
LEITO M5

EVOLUÇÃO PRESCRIÇÃO HORÁRIO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DI 13/08/2018 FRATURA DE ULNA DIAFISARIA ESQUERDA. PACIENTE EM ESPERA DE AGENDAMENTO CIRURGICO CIRURGIA SUSPENSA NO HC ONTEM POR FALTA DE MATERIAL NO ESTADO PULSOS E NEUROLOGICO PRESERVADOS ALTA COM INDICACOES ALTA COM INDICACOES CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 20/08/2018 NO HC COM DR FRANCIS KASHIMA ALTA COM INDICACOES	1. DIETA VO LIVRE 2. SF 0,9% 500ML IV 24/24H 3. DIPIRONA 500 MG EV DILUIDO 6/6/H 4. TRAMAL 50MG + 100ML SF0,9% EV 12/12HS/N 5. PLASIL 5 MG EV DILUIDO 12/12 S/N 7. CURATIVO 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS	15:15 DA Pt sae esta médica. Pt cion paciente per idamilone lava coranicamente nos meios. Dr. Francisco Kashima CRM/AC 1870 Colégio de Enfermagem do Acre CE 133
--	---	--

SAME / HUERB  
COPIA  
CONFORME ORIGINAL

Pace 1/3 lunes  
Belo Jardim.

HUERB  
Hospital de Tránsito  
Centro de Saúde



Paciente:

Ruth Mano de Oliveira

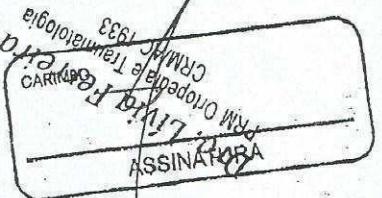
A enfermeira B MUERS  
Dra. Letícia

solicitar nova internação  
deverá ser medicamento  
e problema do maternidade  
pneumônico para cirurgia.

Orientado pelo  
M. Moreira

# Escreva dr. Francisco E.

DATA: 13/08/18



Conforme  
Cópia  
Digital  
HABITAC  
SAME

M  
HUERB  
PATHOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: KATIA BARROS DE OLIVEIRA (EME)  
Requisicao: 18.PC.2.011221  
Num. do BE: 02574940

Idade...: 42A  
Requis.: 14/08/2018

US. Origem.: HUERB/PS 16/08  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO  
HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes)....	4,34	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,20	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	36,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,30	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,00	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,70	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

### LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	6.300	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	63	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	2	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	126	mm3	
Segmentados:.....	71	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.473	mm3	
Linfocitos:.....	21	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.323	mm3	
Monocitos:.....	5	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	315	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 14/08/18 as 09:25 Coleta: 14/08/18 as 08:15-1a. Via Impressa: 14/08/18

### CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 318.000 /mm3 VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 14/08/18 as 09:25 Coleta: 14/08/18 as 08:15-1a. Via Impressa: 14/08/18

*SAME/HUERB*  
*CONFORME ORIGINAL*  
*CÓPIA*  
*Alexandre Passos da Silva*  
*Farmacêutico Biológico*  
*CRF AC 009*

HUERB  
ATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: KATIA BARROS DE OLIVEIRA (EME)  
Requisicao: 18.PC.2.011221  
Num. do BE: 02574940

Idade...: 42A  
Requis.: 14/08/

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 MINUTOS
Tempo de Coagulacao:....	5 MINUTOS
Contagem de Plaquetas:...	318.000 /mm3

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 14/08/18 as 09:26 Coleta: 14/08/18 as 09:25-1a. Via Impressa: 14/08/18

Alexandre Passos da Silva  
Farmacêutico-Bioquímico  
CRF/AC 009

SANGUE / HUERB

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

HUERB  
ATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: KATIA BARROS DE OLIVEIRA (EME)  
Requisição: 18.PC.2.010465  
Num. do BE: 02571792

Idade...: 42A  
Requis.: 01/08/00

US. Origem.: HUERB/PS CC-B  
Solicitante: LIVIA DOS REIS FERREIRA

Cons. Regional: 7871

Setor.....: CONSULTORIO ADULTO  
HEMOGRAMA COMPLETO

**ERITROGRAMA**

Hemacias (em milhoes):...	3,97	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	11,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	33,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,40	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

**LEUCOGRAMA**

Leucometria Global:.....	6.600	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	1	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	66	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastonetes:.....	3	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	198	mm3	
Segmentados:.....	70	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	4.620	mm3	
Linfocitos:.....	22	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	1.452	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	264	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observação:.....			

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/08/18 as 08:52 Coleta: 01/08/18 as 06:37-1a. Via Impressa: 01/08/18

**COAGULOGRAMA**

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO E 15 SEGUNDOS	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação:....	9 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	257.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 01/08/18 as 08:51 Coleta: 01/08/18 as 06:37-1a. Via Impressa: 01/08/18

Alexandre Passos da Silva  
Farmacêutico - Bioquímico  
CRF/AC 009

CONFORME  
COPIA  
MATERIAL  
SANGUE

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLÍNICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA \*

Paciente: KATIA BARROS DE OLIVEIRA

ID paciente:

ID almost: 8

Data nascimento:

### Ideas:

Cód barra: 2011221

Tipo de amostra: Soro

5300-

Data da coleta: 16/08/2018

Depart : CCR

### Hora da coleta:

Diao

Médico:

### **Comentário:**

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	83	mg/dL		
URE	30	mg/dL		
CRE	0.7	mg/dL		
Na	139	mmol/L		
K	4.4	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 14/08/2018

Data/Hora teste: 14/08/2018

Data/Hora impr.: 14/08/2018 08:48:21

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUERD  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

24R  
Aeros  
Nc 60  
Densite  
M 100

HUERB

## LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇOES UNIDASA, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: KATIA BARROS OLIVEIRA

ID paciente:

ID amost: 4

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2010465

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 01/08/2018

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	93	mg/dL		
URE	33	mg/dL		
CRE	0.7	mg/dL		
Na	139	mmol/L		
K	3.9	mmol/L		
CL	103	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 01/08/2018 Data/Hora teste: 01/08/2018

Data/Hora impr.: 01/08/2018 07:55:53

Testador:

*Ronan Vieira de Alencar*  
Biol. Clínico  
C.R. - AC - 319

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

*SAME / HUERB*  
*CONFORME ORIGINAL*



**Governo do Estado do Acre**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Dor em ventre braco (F)

História da Doença Atual:

Paciente refere dor em região de  
ventre braco esquerdo.

SAME / HUERB

História da Doença Anterior:

CÓPIA

CONFORME ORIGINAL

Exame Físico: Ao Exame apresenta dor e edema 2<sup>o</sup>/4<sup>o</sup>  
hematológico e perfusão preservada.

Diagnóstico Provisório: Fratura de úlma. dislocação fratura

Diagnóstico Definitivo:

Paulo Marcelino S.  
PRM Ortopedia e Traumatologia  
CRMAC 2217

Motivo da Cobrança:

- 11-ALTA CURA
- 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONIV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLOGIA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFÉRENCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFÉRENCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFÉRENCIA 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.

- 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



HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS

sol. 252. 131. 353  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES - SIH

CNS: 200.509.7357-4554-42

Paciente no Ambul.

Nome: Kátia Barros de Oliveira

Número do Prontuário: 127.771 Data: 12.08.18 Hora: 14:0

Seção: A Cartão SUS nº: \_\_\_\_\_ Leito: 14

Data do Nascimento: 12.11.1975 Naturalidade: Rio Brus / AC

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Fem. Cor: P.

Estado Civil: Viúva PIS PASEP  RG CPF CERT. NASC. 245148

Profissão: carreteiro Religião: Evangelico

Endereço Residencial: Rua Karungi 5692

Bairro: Jardim Júlio Cidade: Porto Velho Estado: RO Tel: 99994541  
99976354

Endereço do Trabalho: Curva

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Filiações: Karina Raimundo de Souza, Barros e Luis Alves de Oliveira

Nome do Cônjugue: Curva

Grau de Escolaridade: 2º grau

Médico Responsável: Dr. Francisco

Nome do Responsável: Adriane

Nº do RG. do Responsável: Curva

Endereço do Responsável: Curva

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

TO Oliveira com: 866951

PA: \$1.200,00  
R: 1.160,00

P: 64.800,00

VANIA

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

*A mesma*, assinado, declara que se responsabiliza pela intenção do paciente Katia Barnes, Abaixo  
de Oliveira. dando plena autorização ao:

médicos deste Hospital para assistirem, levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade, transferirem para outro Hospital no caso de emergência, intervirem cirurgicamente e empreenderem todas as investigações que julgarem necessárias para a complementação do diagnóstico.

Ainda se responsabiliza pela retirada do paciente após alta médica, tão logo lhe seja comunicada.

Rio Branco - AC, 12 de Agosto de 2018

Assinatura do Responsável  
Nº do RG 0245148 888 PR

**TERMO DE ALTA A PEDIDO**

A meu pedido, retiro o paciente \_\_\_\_\_ interiado na seção/quarto/leito \_\_\_\_\_ deste Hospital sem alta médica e isento os médicos e o Hospital de qualquer responsabilidade pelos danos que este ato possa provocar; Assumindo inteira responsabilidade assino.

Rio Branco-AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Nº do R.G.: \_\_\_\_\_

Testemunhas: 1- \_\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_

**TERMO DE ALTA DISCIPLINAR**

Ciente de haver transgredido as disposições do Regulamento Interno deste Hospital, tomo conhecimento de minha ALTA DISCIPLINAR

Rio Branco - AC, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Nº do RG.: \_\_\_\_\_

Testemunhas: 1- \_\_\_\_\_



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA CENTRAL DE FLAGRANTES - RIO BRANCO - AC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 022524/2018

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 29/07/2018 02:44 Data/Hora Fim: 29/07/2018 03:08  
Delegado de Polícia: Valdinei Soares da Costa

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia Geral de Polícia Civil de Sena Madureira - Purus/AC

Data/Hora do Fato: 28/07/2018 18:30

**Local do Fato**

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Zona Rural

Logradouro: BR 364 QUILÔMETRO 80

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20004: Acidente Com Morte	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: RONALDO APARECIDO ASSUNÇÃO (VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 09/10/1971

Estado Civil: Sem Informação

Nome da Mãe: Cleusa Maria Passareli

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 388.991.397-14

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Nº 75

Logradouro: Rua Bandeirante

Bairro: Tancredo Neves

**Nome Civil: POLYANA BARROS DA SILVA (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 28/10/1989

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Albetiza de Araujo Barros

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 10507108

**Endereço**

Município: Rio Branco - AC

Nº 75

Logradouro: Rua Bandeirantes

Bairro: Tancredo Neves

Telefone: (68) 99237-2478 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Caminhão Caminhão Trator

**Cor** Branca

**Marca/Modelo** Mercedes

Delegado de Polícia Civil Valdinei Soares da Costa  
Impresso por: Abraão Lino da Cunha Sampaio de Andrade  
Data de impressão: 29/07/2018 09:05  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 022524/2018

**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido**Nome Envolvido**

Ronaldo Aparecido Assunção

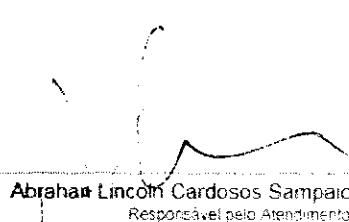
**Envolvimentos**

Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

A comunicante relata que a vítima é seu tio. Que este vinha conduzindo o veículo mencionado e segundo testemunhas, ao desviar de outro veículo teria caído em um buraco perdendo o controle do veículo e ocasionado o acidente, vindo a óbito no local.

Que faz o registro para as providências de praxe

**ASSINATURAS**


**Abrahão Lincoln Cardoso Sampaio de Andrade**  
Responsável pelo Atendimento



**Poliana Barros da Silva**  
(Comunicante)

\*Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (ou minha) responsável pelos informes acima esboçados e ciente que posso responder civil e criminalmente pelas declarações que faço, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Pública e 340-Limitação da Fase de Crime ou de Contravariação do Código Penal Brasileiro.



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal



**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**

**PRF**



**Acidente nº 18043952B02**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 364      **KM:** 210,0 - Crescente      **Município:** BUJARI/AC

**Data:** 28/07/2018      **Hora:** 18:00

**Policial responsável pelo atendimento:** D.AMORIM, matrícula 2150651

**Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818**

**ASPECTOS DO LOCAL**

**Tipo de via:** Principal      **Tipo de pavimento:** Asfalto      **Tipo de pista:** Simples

**Condição da pista:** Seca

**Estrutura viária:** Reta

**Localidade urbanizada:** ✗      **Acostamento:** ✓

**Canteiro central:** ✗

**Condição meteorológica:** Céu Claro

**Fase do dia:** Plena Noite

**NARRATIVA**

No dia 28/07/2018, por volta das 18h, no km 48 da BR-364, em Bujari-AC, ocorreu um acidente, do tipo saída de pista, com vítimas (1 morta e 1 lesionada). Os veículos envolvidos foi o automóvel (V1); Não havia vestígios materiais na pista de rolamento para serem identificados, constatou-se através da informação passada pela esposa do condutor, que V1 trafegava na faixa de trânsito do sentido crescente, quando, foi desviar de um buraco e veio a perder o controle, saindo da pista e capotando. O condutor estava em óbito quando a equipe chegou ao local, já havia sido retirado do veículo e já havia sido mudado de posição. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi defeito na via que levou o condutor a realizar manobra. Observações: O local do acidente NÃO estava preservado. A passageira de V1 foi socorrida pelo SAMU e apresentava ferimentos leves. A ocorrência foi informada à Polícia Civil. A equipe da perícia técnica compareceu ao local. O corpo do condutor de V1 foi removido pelo IML. O veículo V1 estava fora da BR e ficou aos cuidados de pessoas indicadas pelo cunhado do condutor de v1

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Saída de leito carroçável	



Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



PRF

### IMAGENS PANORÂMICAS



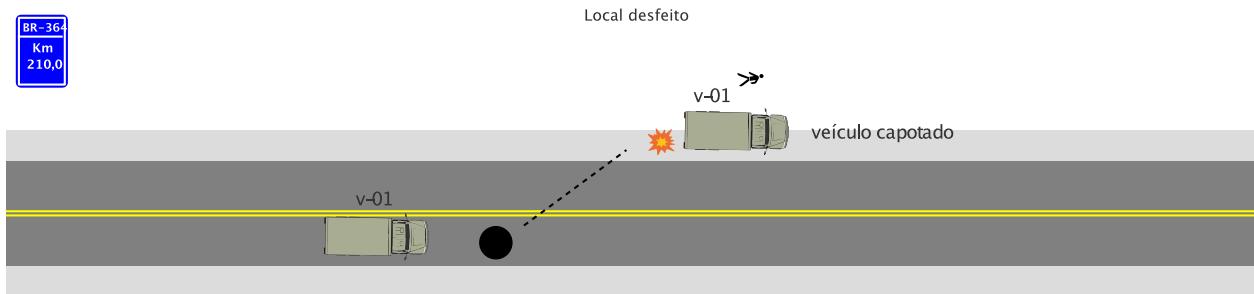
SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Velocidade máxima permitida: 80km/h

bujari

sena madureira



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**V1**



**ARV0038**

**Placa:** ARV0038 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** M.BENZ/LS 1938/2000

**Renavam:** 00735060630

**Chassi:** 9BM696090YB221378

**Tipo de Veículo:** Caminhão-trator

**Espécie/categoria:** Tração/Aluguel

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** VEÍCULO SEGUIA O FLUXO. VEÍCULO FOI DESVIAR DE BURACO NA RODOVIA E PERDEU O CONTROLE VINDO A CAPOTAR

### PROPRIETÁRIO

**Nome:** RONALDO APARECIDO ASSUNCAO

**CPF/CNPJ:** 385.991.392-15

**Endereço:** BR 364 KM 5 CENTRO, 900, BUJARI/AC

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**V1**



**ARV0038**

### CRONOTACÓGRAFO

Obrigatório para este tipo de veículo: Sim      Presente: Inacessível

Equipamento atende à legislação:

Tempos de parada/descanso atendem à legislação:

Disco diagrama foi recolhido:



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**V2**



**HSJ4855**

**Placa:** HSJ4855 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** SR/RANDON SR CA/2008

**Renavam:** 00966246217

**Chassi:** 9ADG124388M270077

**Tipo de Veículo:** Semireboque

**Espécie/categoria:** Carga/Aluguel

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares da carga:** Carga de cimento

### PROPRIETÁRIO

**Nome:** RONALDO APARECIDO ASSUNCAO

**CPF/CNPJ:** 385.991.392-15

**Endereço:** RUA OSVALDO DE ANDRADE, 3403, ARIQUEMES/RO

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**V1**



**RONALDO APARECIDO ASSUNCAO**

**Placa do veículo:** ARV0038

**Marca/modelo:** M.BENZ/LS 1938

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** RONALDO APARECIDO ASSUNCAO

**CPF:** 385.991.392-15

**Data de nascimento:** 09/10/1971

**Estado civil:**

**Sexo:** Masculino

**Estado físico:** Morto

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

**Tipo:** Habilitação Nacional    **Categoria:** AE    **Data primeira habilitação:** 15/02/1993

**Nº Registro:** 03124184000    **UF:** AM    **Data de vencimento da habilitação:** 01/11/2018

**Motorista Profissional:** Não

**Observações CNH:** 15

### DADOS DE CONTATO

**Endereço:** BR 363 KM 1,5, SN, ZONA RURAL, VISTA ALEGRE DO ALTO/SP

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

### ENCAMINHAMENTO

**Motivo:** Outros

**Tipo de receptor:** IML ou DML

**Informações complementares:** Condutor foi encaminhado ao IML. Atendimento realizado pela auxiliar de legista Maria de Nazaré de Souza RG 141139



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



PRF

V1 PASSAGEIRO

KATIA BARROS DE OLIVEIRA

**Placa do veículo:** ARV0038

**Marca/modelo:** M.BENZ/LS 1938

**Envolvimento:** Passageiro

**Nome:** KATIA BARROS DE OLIVEIRA

**CPF:** 588.524.922-91

**Data de nascimento:** 12/11/1975

**Estado civil:**

**Sexo:** Feminino

**Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** Sim

**Usava capacete:** NÃO APLICÁVEL

**Informações complementares:** Passageira socorrida pela SAMU com fraturas no braço esquerdo

### DADOS DE CONTATO

**Endereço:** TRAVESSA ANTONIO ALMEIDA, 74 - UNIVERSITARIO II, TRIUNFO, SABOEIRO/CE

**Telefone/email:** 68999156967/KATYACUTIES@HOTMAIL.COM

### ENCAMINHAMENTO

**Motivo:** Socorro médico

**Tipo de receptor:** SAMU

**Informações complementares:** ocorrência SAMU 1807280122  
Fraturas



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**V2**



**Não localizado**

**Placa do veículo:** HSJ4855

**Marca/modelo:** SR/RANDON SR CA

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** Não localizado

**CPF:**

**Data de nascimento:**

**Estado civil:**

**Sexo:**

**Estado físico:**

**Usava cinto de segurança:**

**Usava capacete:**

### DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

**Tipo:**

### DADOS DE CONTATO

**Endereço:**

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V1 / M.BENZ/LS 1938

**Placa:** ARV0038

**Nome do agente:** D.AMORIM

**Nº BOAT:** 18043952B02

**Matrícula do agente:** 2150651

**Data:** 28/07/2018

Item danificado no acidente					
Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X		
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

\*Item danificado no acidente

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

**Dimensão da monta:** Média

### RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

**Veículo:** V2 / SR/RANDON SR CA

**Placa:** HSJ4855

**Nome do agente:** D.AMORIM

**Nº BOAT:** 18043952B02

**Matrícula do agente:** 2150651

**Data:** 28/07/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis.	M	X		
3	Para choque traseiro danificado.	M	X		
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M	X		
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M	X		
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

\*Item danificado no acidente

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F



MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

# Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

## Acidente nº 18043952B02

Relatório retificado com base no processo administrativo nº 08219002165201818



**PRF**

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
16	Air bags ( se existir)	M		X	

**Dimensão da monta:** Média

\*Item danificado no acidente

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por D.AMORIM, matrícula 2150651, Policial Rodoviário Federal, em 10/10/2018, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando protocolo 18043952B02 e o número de controle DAD435530DE89CEB6C382CE404FF8F

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

Transito Geral Sane

DETAN - AC  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00735060630	001832360	2017

NOME  
RONALDO APARECIDO ASSUNCAO  
Nro Lacre: AC0000180904

CPF / CNPJ	PLACA
385.991.392-15	ARV0038
PLACA ANT / UF	CHASSI
ARV0038 PR	9BM696090YB221378

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
TRA/C. TRATOR/NAD APLICA	DIESEL

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
M. BENZ/LS 1938	2000	2000

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
/380CV/	ALUGUEL	BRANCA

I P V A	COTA ÚNICA *PAGO*	VENC. COTA ÚNICA *****	VENC / COTAS 1º *****
	FAIXA I.P.V.A. ** PAGO - COTA UNICA **	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
			3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
		R\$0.27	R\$71.08
23/11/2017			

OBSERVAÇÕES  
AL.FID. BV FINANCEIRA S/A CFI \* CMT BOT  
PBT 19.5T TANQUE SURF CAP: 1150 L CSV 16  
519579-75/2016 \*

LOCAL	DATA
BUJARI-AC	Pedro Luís Longo Diretor Geral DETAN-AC
	27/11/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

fls. 66

AC Nº 013854981685 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
01	2017	27/11/2017

CPF / CNPJ	PLACA
385.991.392-15	ARV0038

RENAVAM	MARCA / MODELO
00735060630	M. BENZ/LS 1938

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2000	10	9BM696090YB221378

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
R\$30	R\$3.33	R\$33.33

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
R\$4.15	R\$0.27	R\$71.08

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	23/11/2017
<input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

**DETAN - RO** **Nº 013975234481**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA CÓD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO  
1 966246217 \*\*\*\*\* 2018

[HOME](#) | [CONTATO](#) | [SAC](#) | [SISTEMA DE PAGAMENTO](#)

ARQUIVEMES/RO

CPF / CNPJ  
385.991.392-15

**PLACA ANT / UF** **CHASSI**  
**HSJ4855** **9ADG124388M270077**

**ESPECIE TIPO**  
**CRG/S. REBOQUE/C. ABERTA**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
SR/RANDON SR CA 2008 2008

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
35.00T ALUGUEL PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS

**V** FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS **2º**  
**A**

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO  
0,00 0,00 0,00 \*\*\* / \*\*\* / \*\*\*

OBSERVAÇÕES  
NAO HA RESTRIÇÕES

NÃO HÁ TÍPICO TRAVERSÉNCIA

LOCAL DATA  
ARTIGUEME SARD 22/05/18

**SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

RO N° 013975234481 BILHETE DE SEGURO DR 0056  
cód.

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**EXERCÍCIO** **DATA EMISSÃO**  
**2018** **22/05/11**

VIA CPF / CNPJ PLACA  
385.991.392-15 HS 14855

RENAVAM MARCA / MODELO  
966246217 SR/RANDON SR CA

ANO FAB. CAT. TARIF. N° CHASSI

JUÍZ ANDRÉ  
/pasta/juiz

**FNS (R\$)** **DENATRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$)      IOF (R\$)      TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

PAGAMENTO — DATA DE QUITAÇÃO  
COTA ÚNICA PARCELADO \*\*\* / \*\*\* / \*\*\*

SEGURADORA LÍDER - PPVAT

IND-1-00-048-000/0001-01



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO ACRE  
Vara Única - Cível da Comarca de Bujari**

**Autos n.º** 0700567-92.2019.8.01.0010  
**Classe** Procedimento Comum  
**Requerente** Kátia Barros de Oliveira  
**Requerido** Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A

## Decisão

Recebo a Inicial, por preencher os requisitos do art. 319 do Código de Processo Civil.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça em prol da parte autora.

Determino a **designação de audiência de conciliação**, observando-se os prazos do art. 334 do CPC, ou seja, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo o réu ser citado com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora para comparecer à audiência na pessoa de seu advogado (CPC, art. 334, § 3º).

Cite-se e intime-se a parte ré para a audiência de conciliação.

Advirto as partes que "*o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado*" (CPC, art. 334, § 8º).

Faço constar que as partes poderão constituir representantes por meio de procuração específica, como poderes para negociar e transigir (CPC, art. 334, § 10).

Em não havendo autocomposição, o prazo para contestação, de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*), terá início a partir da audiência ou, se o caso, da última sessão de conciliação (CPC, art. 335, I), isso por meio de advogado ou Defensoria Pública.

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344).

Publique-se. Intimem-se.

Expeça-se o necessário.

*Ordeno o apensamento destes autos com o de autos sob o n.º 0700566-10.2019.8.01.0010, ante a ocorrência de conexão entre eles.*

Bujari-(AC), quinta-feira, 07 de novembro de 2019.

**Manoel Simões Pedroga  
Juiz de Direito**

Endereço: BR 364, km 28, Fórum Des. Paulo Ithamar Teixeira, Centro - CEP 69923-000, Fone: (68)3231-1099, Bujari-AC - E-mail: vaciv1bj@tjac.jus.br - Mod. 719049 - Autos n.º 0700567-92.2019.8.01.0010

Autos n.º 0700567-92.2019.8.01.0010

## CERTIDÃO

**CERTIFICO** e dou fé que, em cumprimento ao Provimento nº. 13/2016, da COGER, ato ordinatório I.5, abro vista a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A para ciência e manifestação acerca dos autos e audiência de conciliação marcada.

Bujari-AC, 30 de janeiro de 2020.

**Yara Fernandes Vieira**  
Técnico Judiciário

Autos n.º 0700567-92.2019.8.01.0010

## CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, de ordem do MM. Juiz(a) de Direito desta comarca, designei o dia 10/03/2020 às 09:00h para realização de audiência de Conciliação, expedindo-se as intimações necessárias.

Bujari (AC), 30 de janeiro de 2020.

Iury Araujo  
Conciliador