



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
ACRE
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

| | |
|---------------------|----------------------|
| Foro: | Rio Branco |
| Processo: | 07139429020198010001 |
| Classe do Processo: | Contestação |
| Data/Hora: | 17/03/2020 15:05:46 |

Partes

| | |
|--------------|--|
| Solicitante: | Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT S/A |
|--------------|--|

Documentos

| | |
|------------------|---|
| Petição: | 2704159_CONTESTACAO_0 1 - 1-11.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--2 - 1-8.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--2 - 9-20.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--1 - 1-8.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--1 - 9-19.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--1 - 20.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--3 - 1-8.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--3 - 9-16.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--3 - 17-20.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--4 - 1-9.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--4 - 10-19.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--4 - 20.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--5 - 1-10.pdf |

| | |
|------------------|---|
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--5 - 11-20.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--6 - 1-10.pdf |
| Anexo - Petição: | 2704159_CONTESTACAO_A nexo_02--6 - 11-17.pdf |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER - 1-9.pdf |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER - 10-18.pdf |
| Anexo - Petição: | KIT_SEGURADORA_LIDER - 19-20.pdf |

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RIO BRANCO/AC

Processo: 07139429020198010001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WENDELL MENESES BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/04/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/05/2016**.

Cumpra esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE

ENTRE O SINISTRO NOTICIADO E AS SUPOSTAS DESPESAS COM MEDICAMENTOS

Imperioso ressaltar que restou-se fragilizada comprovação do nexo de causalidade entre as despesas médicas supostamente realizadas e o sinistro noticiado, visto que as respectivas notas fiscais de medicamentos estão desacompanhadas de receituário médico, não havendo como afirmar que os procedimentos supostamente realizados têm indicação médica para o tipo de lesão acometida pela vítima.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Desta forma, não há razoabilidade no pagamento de despesas de procedimentos não prescritos ou que ultrapassaram o foi determinado pelo médico, além de compra de medicamentos que excedem o que foi prescrito como adequado ao tratamento pelo profissional³.

Com efeito, a alínea "b", art. 5º, da lei n.º 6.194/74, nesta parte não alterada pela lei n.º 8.441/92, exige a **prova** das despesas efetuadas para que haja indenização no caso de danos pessoais, conforme a seguir:

"b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais"

É notório que os documentos acostados aos autos pelo Recorrido não demonstram os gastos alegados pelo mesmo e acolhidos como verdadeiros pelo Nobre Magistrado.

Conforme podemos observar as despesas médicas não possuem prescrição para realização dos exames e procedimentos realizados, não havendo nexo causal entre o acidente e os documentos apresentados, tendo em vista possuir os documentos data muito posterior ao acidente.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO BRANCO AC
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe
A autenticidade desta nota pode ser confirmada em: <https://www.e-nfs.com.br/riobranco>, informando o código de verificação.

Código de verificação: 2559.3742.ECP1
Data de emissão: 27/12/2016 - 13:42:41
Número da nota: 3926

Prestador de Serviços
OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIOBRANCO
ALVORADA, 806,
BOSQUE, Telefone: (68)32124700.
CNPJ: 09.999.999-99 - RIO BRANCO - AC - BRASIL
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Site: financeiro@oi.org.br

Tomador de Serviço
WENDELL MENESES BARBOSA
002.503.962-15
RUA TERRA, 62,
MORADA DO SOL, Telefone: .
RIO BRANCO - AC - BRASIL

Discriminação do Serviço/Dados Adicionais
REFERENTE A SERVIÇOS HOSPITALARES

4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANGOCÍMOS, CASAS DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES

| Valor do Serviço (R\$) | Alíquota (%) | Substituição (%) | Base de Cálculo (R\$) | Alíquota (%) | Valor do Serviço (R\$) | Substituição (%) |
|------------------------|--------------|------------------|-----------------------|--------------|------------------------|------------------|
| 1.891,44 | 1,00 | 178,20 | 0,00 | 1.713,24 | 0,00 | 1.713,24 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.713,24

Retenções

| Retenção (%) | Valor (R\$) | Retenção (%) | Valor (R\$) |
|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Outras informações
NFSe é emitida com respaldo da Lei Municipal nº 2.025/2013 e Decreto Municipal

³"ACORDAM os integrantes da Egrégia 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital conhecer do recurso por ser tempestivo e, à unanimidade de votos, dar-lhe provimento, nos termos do fundamentado voto oral da Relatora a seguir transcrito. [...]. **Um tratamento fisioterapêutico, complementar que é, deve ser prescrito, indicado por médico, e não há essa indicação nos autos, especialmente para se ter a certeza que a terapia realmente enfrentou problema decorrente do acidente. Os próprios recibos são extremamente lacônicos porque não dizem nem mesmo a área ou membro tratado, apenas que o serviço foi prestado referente a um acidente automobilístico ocorrido em abril de 2011. Não há certeza sequer quanto à sequela do acidente, pois os documentos que trazem essa informação são todos resultados de declaração do próprio autor. Caso identificada a lesão de extrema dúvida, ainda restaria saber se realmente foi ela a tratada pelos serviços de fisioterapia pagos pelo autor, pois os recibos não identificam. Apenas dizem que houve pagamento de serviço de fisioterapia relativa ao acidente. Nada obsta que o autor se apresente a um profissional, apresente lesão e diga que foi consequência de um acidente, transferindo o respectivo profissional essa informação para o recibo. Por fim, ponto crucial é a falta de comprovação de indicação médica para a submissão do promovente à terapia em questão. Realmente assiste razão ao recorrente, não há nenhuma prova de nexo de causalidade entre a despesa e o acidente informados. Isto posto, voto pelo provimento do RI e reforma da sentença para que o pedido seja julgado improcedente...**" (TJPB, 2ª Turma Recursal Mista da Comarca da Capital, Recurso Inominado: 3003837-44.2014.815.2001 – 1º Juizado Especial Cível da Capital – Recorrente: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS)

Assim, analisando detidamente os documentos carreados aos autos, não se pode afirmar a existência do nexo causal entre o sinistro noticiado e as supostas despesas com medicamentos⁴, face à ausência de prescrição médica específica e qualquer elemento razoável que permita o pagamento da indenização ora pleiteada.

Por inexistir comprovação do nexo de causalidade, requer que os pedidos sejam julgados improcedentes consubstanciados no artigo 487, I do NCPC.

DO TETO INDENIZATÓRIO – DESPESAS MÉDICAS E SUPLEMENTARES – DAMS

Cumpra esclarecer que a Lei nº 6.194/74, regulamentadora do seguro obrigatório DPVAT, expressamente estabelece que o pagamento da indenização securitária se condiciona que as despesas de assistência médica e suplementares a serem reembolsadas pelas Seguradoras estejam “devidamente comprovadas” pelas vítimas de acidentes.

Como se observa da citada alínea "c" do art. 3º da Lei n. 6.194/74, a Lei prevê apenas o teto máximo para pagamento da indenização, mas não fixa valores a serem ressarcidos.

Regulamentando a matéria, fora editada a Medida Provisória 340/06 com posterior conversão na Lei 11.482/07, a qual estabeleceu o valor do teto indenizatório para DAMS até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais).

Desta forma, interpretando segundo regra comezinha de hermenêutica onde aduz que “A lei não contém frase ou palavra inútil, supérflua ou sem efeito” conclui-se que a expressão “até” delimita o valor da indenização neste teto, não havendo possibilidade de estendê-lo.

DA UTILIZAÇÃO DA TABELA REFERENCIAL

Outro aspecto não menos importante, o artigo 7, § 2º, da referida Lei determina que o CNSP "estabelecerá normas para atender ao pagamento das indenizações previstas neste artigo, bem como a forma de sua distribuição pelas seguradoras participantes do Consórcio".

Em sentido mais amplo, o artigo 12 da mesma Lei prevê que "o Conselho Nacional de Seguros Privados expedirá normas disciplinadoras e tarifas que atendam ao disposto nesta lei".

Resta clara, portanto, a intenção do legislador em dar competência ao CNSP para regulamentar as formas de pagamentos das indenizações cobertas pelo seguro obrigatório constituído. De outro lado, não há conflito entre a Resolução questionada e a Lei n. 6.194/74, que apenas efetua o tabelamento dos preços dos serviços prestados como referência para as indenizações.

Assim, a utilização da tabela referencial de procedimentos e custos médico-hospitalares, divulgada pelo Convênio DPVAT, não foi estipulada pelas Seguradoras como um “limite de cobertura” inferior ao estabelecido através de Resoluções expedidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, conforme comumente é propalado.

⁴“AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS). AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SINISTRO E DE PARTE DAS DESPESAS APRESENTADAS. Referiu o autor ter suportado despesas médicas superiores a R\$ 2.700,00 em decorrência de acidente de trânsito, ocorrido em 19-08-2012, razão pela qual pretende o reembolso a título de DPVAT-DAMS. O recorrente postulou o acréscimo de valores à indenização conferida aos gastos com a realização de terapia psicológica. **Ausente o nexo de causalidade entre o sinistro e a despesa com o tratamento psicológico a que o autor foi submetido, pela ausência de prescrição específica nos autos, decorrentes exclusivamente do acidente, não há fundamento para a procedência do pedido feito pelo autor a este título.**” SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (Recurso Cível Nº 71004895686, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Julgado em 13/08/2014)

A aludida tabela representa tão somente uma parametrização das despesas a que estão sujeitas as vítimas de acidentes, efetuada com vistas à uniformização dos custos médico-hospitalares e ao atendimento dos critérios de razoabilidade e proporcionalidade que devem nortear a aferição e cálculo do valor da indenização.

Ressalte-se que no âmbito de seguro de saúde privado, a utilização das tabelas de preços para os serviços é comum a averbação de valores que excedam os do mercado, evitando-se o superfaturamento dos serviços.

Seguindo tais lineamentos, não se vislumbra motivação para deixar de observar as normas disciplinadoras expedidas pelo citado Órgão para o pagamento buscado na presente ação de cobrança.

Sendo assim, considerando a ausência de documentos nos autos que guardem relação com as hipóteses supracitadas, requer a improcedência do pedido, fundamentado no artigo 487, I do CPC.

DO PEDIDO ADMINISTRATIVO

Inicialmente, cabe ressaltar que não pode o autor pretender receber a integralidade da indenização decorrente do Seguro DPVAT se não comprovar estar total e permanentemente inválido, bem como a existência de nexo de causalidade entre a invalidez e o sinistro noticiado.

O autor na via administrativa acionou o convenio DPVAT visando o recebimento da verba indenizatória, ocorre que a parte foi submetida a perícia, porém, de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Ocorre que após a regulação administrativa o pedido foi negado em razão da ausência da alegada invalidez permanente, pois os danos apurados não se tratavam de invalidez, como pode ser verificado pela simples análise do laudo administrativo que ora colacionamos.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetida à avaliação médica administrativa.

Cumprе ressaltar que **DEBILIDADES** não se equiparam a **INVALIDEZ PERMANENTE**, ademais, com todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Assim, caso se comprovem as alegações autorais, o que se admite apenas para argumentar, inicialmente, cabe ressaltar que não pode a parte autora pretender receber a integralidade da indenização decorrente do Seguro DPVAT se não comprovar estar total e permanentemente inválida, bem como a existência de nexo de causalidade entre a invalidez e o sinistro noticiado.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC⁵.

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DA IMPOSSIBILIDADE DO JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE

Inicialmente, cumpre ressaltar que o julgamento antecipado da lide trata-se de uma mera faculdade do magistrado e não uma obrigação.

Além disso, o julgamento antecipado da lide pressupõe a existência de questões de direito ou também de mérito quando existirem provas suficientes, pressupostos estes ausentes no caso em tela, em face da produção de prova pericial, imprescindível para o deslinde da presente demanda⁶.

Neste raciocínio, o julgamento antecipado da lide violaria o princípio constitucional da ampla defesa e do contraditório, em razão da necessidade de prova pericial a comprovar a invalidez alegada na inicial a ensejar o pagamento da indenização pretendida.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

SINISTRO OCORRIDO APÓS A MEDIDA PROVISÓRIA 451/2008

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁷.

seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

⁶“COBRANÇA - SEGURO DPVAT - JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE - CERCEAMENTO DE DEFESA CONFIGURADO ALEGAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE SENTENÇA ANULADA - **Tendo em vista o escalonamento dos valores da indenização para a hipótese de invalidez permanente, previsto pelo artigo 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, inafastável afigura-se a necessidade de realização da perícia médica, a fim de ser apurada a extensão dos danos sofridos pelo demandante e, por consequência, possibilitar o arbitramento da indenização devida - Anula-se a r. sentença, de ofício, para prosseguimento do feito.**” (TJ-SP - APL: 00075644620128260281 SP 0007564-46.2012.8.26.0281, Relator: José Malerbi, Data de Julgamento: 30/06/2014, 35ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 30/06/2014)

⁷RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁸.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁹.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação¹⁰

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

⁸ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁹ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

¹⁰ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a Ré que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, inscrito sob o nº **OAB/AC 3988** e **DIEGO PAULI**, inscrito sob o nº **4550 - OAB/AC**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RIO BRANCO, 10 de março de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/AC 3988

DIEGO PAULI
4550 - OAB/AC

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por

cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **DIEGO PAULI**, inscrito na OAB/AC sob o nº 4550, bem como, **LEILANE CLÉA CAMPOS DO NASCIMENTO ERICSON** inscrita sob nº 4139/AC, **CINTIA VIANA CALAZANS SALIM** inscrita sob nº 3554/AC, **GIOVAL LUIZ DE FARIAS JÚNIOR**, inscrito sob o nº OAB/AC 4608 e **MAYRA KELLY NAVARRO VILLASANTE** inscrita sob nº 3996/AC, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **WENDELL MENESES BARBOSA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **RIO BRANCO**, nos autos do Processo nº 07139429020198010001.

Rio de Janeiro, 10 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/AC 3988

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Município (se não ASI):

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

002.503-862.16 Wendell Menezes Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Wendell Menezes Barbosa

CPF:

002.503-862.16

Profissão:

Revisor

Endereço:

Rua Salgueiro Parente

Número:

36

Complemento:

Casa

Cidade:

Bosque

Estado:

Rio Branco

CEP:

69.900-472

Tel (DDD):

68-3301-6477

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA 68199918-3322)

RECEITA MENSAL:

☒ R\$ 0,00

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

57908

(informar o dígito se existir)

CONTA:

11-683

(informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Recebi meu organismo solicitar o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, estando, desde já, comprometido a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura indenização a ser recebida no direito do beneficiário, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidez (se for a vítima):

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima tem filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

SUS = 706 0028 7896 9642 134A
MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 79.136

No. DO BE: 2340183 DATA: 23/04/2016 HORA: 21:30 USUARIO: OTERVAL
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WENDELL MENEZES BARBOSA DOC.: CNH
IDADE: 26 ANOS NASC: 11/01/1990 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: RUA FLORIANO PEIXOTO NUMERO: 389
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: RIO BRANCO UF: AC CEP: 69900-000
NOME PAI/MAE: PEDRO CAMELO BARBOSA /MARIA DO SOCORRO C. DE MENEZE
RESPONSAVEL: CUNHADA- LOURDES DA SILVA TEL: 8114-6111
PROCEDENCIA: ABRAHAO ALAB PROF
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[95] X[92] mmHg PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[95] SPO2[95]

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente chegou pelo S.A.M.U com queixa de dor no abdome, dor no peito e
respiracao de dificuldade. Apresenta hematuria e urina com sangue e fezes com sangue.
Abdomem com rigidez, dor e espasmo com febre e vômito.

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

ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 11 DE 10

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Analg. 10mg em 1h
2) Analg. 20mg

3) Analg. 20mg

4) At + 500

5) ENCAMINHADO P/ PRONTO-SO

HORA DA SAIDA:

DATA 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

6) Tramadol 100mg + 50 200ml (EV)

7) Paracetamol 200mg (EV)



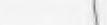
em 1907. No momento muito entusiasmado
encontra-se em movimento rápido no
seu trabalho de entusiasta. Membro
do conselho regente.

23.40 #. Parente lúido, Comum Nativo, eugênico, não
 tratado, apresentando desenvolvimento moderado em
 VLD. P-A 153 x 87 mmHg, FC 87 bpm, SPO₂ 93.
 (equivalente evolutivo de ortopedista, med.
 em desenvolvimento no Centro Cirúrgico)

Neocentropus (moxo curay).

② 1000 g of water 1' 2' 3' 4' 5' 6' 7' 8' 9' 10' 11' 12' 13' 14' 15' 16' 17' 18' 19' 20' 21' 22' 23' 24' 25' 26' 27' 28' 29' 30' 31' 32' 33' 34' 35' 36' 37' 38' 39' 40' 41' 42' 43' 44' 45' 46' 47' 48' 49' 50' 51' 52' 53' 54' 55' 56' 57' 58' 59' 60' 61' 62' 63' 64' 65' 66' 67' 68' 69' 70' 71' 72' 73' 74' 75' 76' 77' 78' 79' 80' 81' 82' 83' 84' 85' 86' 87' 88' 89' 90' 91' 92' 93' 94' 95' 96' 97' 98' 99' 100' 101' 102' 103' 104' 105' 106' 107' 108' 109' 110' 111' 112' 113' 114' 115' 116' 117' 118' 119' 120' 121' 122' 123' 124' 125' 126' 127' 128' 129' 130' 131' 132' 133' 134' 135' 136' 137' 138' 139' 140' 141' 142' 143' 144' 145' 146' 147' 148' 149' 150' 151' 152' 153' 154' 155' 156' 157' 158' 159' 160' 161' 162' 163' 164' 165' 166' 167' 168' 169' 170' 171' 172' 173' 174' 175' 176' 177' 178' 179' 180' 181' 182' 183' 184' 185' 186' 187' 188' 189' 190' 191' 192' 193' 194' 195' 196' 197' 198' 199' 200' 201' 202' 203' 204' 205' 206' 207' 208' 209' 210' 211' 212' 213' 214' 215' 216' 217' 218' 219' 220' 221' 222' 223' 224' 225' 226' 227' 228' 229' 230' 231' 232' 233' 234' 235' 236' 237' 238' 239' 240' 241' 242' 243' 244' 245' 246' 247' 248' 249' 250' 251' 252' 253' 254' 255' 256' 257' 258' 259' 260' 261' 262' 263' 264' 265' 266' 267' 268' 269' 270' 271' 272' 273' 274' 275' 276' 277' 278' 279' 280' 281' 282' 283' 284' 285' 286' 287' 288' 289' 290' 291' 292' 293' 294' 295' 296' 297' 298' 299' 300' 301' 302' 303' 304' 305' 306' 307' 308' 309' 310' 311' 312' 313' 314' 315' 316' 317' 318' 319' 320' 321' 322' 323' 324' 325' 326' 327' 328' 329' 330' 331' 332' 333' 334' 335' 336' 337' 338' 339' 340' 341' 342' 343' 344' 345' 346' 347' 348' 349' 350' 351' 352' 353' 354' 355' 356' 357' 358' 359' 360' 361' 362' 363' 364' 365' 366' 367' 368' 369' 370' 371' 372' 373' 374' 375' 376' 377' 378' 379' 380' 381' 382' 383' 384' 385' 386' 387' 388' 389' 390' 391' 392' 393' 394' 395' 396' 397' 398' 399' 400' 401' 402' 403' 404' 405' 406' 407' 408' 409' 410' 411' 412' 413' 414' 415' 416' 417' 418' 419' 420' 421' 422' 423' 424' 425' 426' 427' 428' 429' 430' 431' 432' 433' 434' 435' 436' 437' 438' 439' 440' 441' 442' 443' 444' 445' 446' 447' 448' 449' 450' 451' 452' 453' 454' 455' 456' 457' 458' 459' 460' 461' 462' 463' 464' 465' 466' 467' 468' 469' 470' 471' 472' 473' 474' 475' 476' 477' 478' 479' 480' 481' 482' 483' 484' 485' 486' 487' 488' 489' 490' 491' 492' 493' 494' 495' 496' 497' 498' 499' 500' 501' 502' 503' 504' 505' 506' 507' 508' 509' 510' 511' 512' 513' 514' 515' 516' 517' 518' 519' 520' 521' 522' 523' 524' 525' 526' 527' 528' 529' 530' 531' 532' 533' 534' 535' 536' 537' 538' 539' 540' 541' 542' 543' 544' 545' 546' 547' 548' 549' 550' 551' 552' 553' 554' 555' 556' 557' 558' 559' 560' 561' 562' 563' 564' 565' 566' 567' 568' 569' 570' 571' 572' 573' 574' 575' 576' 577' 578' 579' 580' 581' 582' 583' 584' 585' 586' 587' 588' 589' 590' 591' 592' 593' 594' 595' 596' 597' 598' 599' 600' 601' 602' 603' 604' 605' 606' 607' 608' 609' 610' 611' 612' 613' 614' 615' 616' 617' 618' 619' 620' 621' 622' 623' 624' 625' 626' 627' 628' 629' 630' 631' 632' 633' 634' 635' 636' 637' 638' 639' 640' 641' 642' 643' 644' 645' 646' 647' 648' 649' 650' 651' 652' 653' 654' 655' 656' 657' 658' 659' 660' 661' 662' 663' 664' 665' 666' 667' 668' 669' 670' 671' 672' 673' 674' 675' 676' 677' 678' 679' 680' 681' 682' 683' 684' 685' 686' 687' 688' 689' 690' 691' 692' 693' 694' 695' 696' 697' 698' 699' 700' 701' 702' 703' 704' 705' 706' 707' 708' 709' 710' 711' 712' 713' 714' 715' 716' 717' 718' 719' 720' 721' 722' 723' 724' 725' 726' 727' 728' 729' 730' 731' 732' 733' 734' 735' 736' 737' 738' 739' 740' 741' 742' 743' 744' 745' 746' 747' 748' 749' 750' 751' 752' 753' 754' 755' 756' 757' 758' 759' 760' 761' 762' 763' 764' 765' 766' 767' 768' 769' 770' 771' 772' 773' 774' 775' 776' 777' 778' 779' 780' 781' 782' 783' 784' 785' 786' 787' 788' 789' 790' 791' 792' 793' 794' 795' 796' 797' 798' 799' 800' 801' 802' 803' 804' 805' 806' 807' 808' 809' 810' 811' 812' 813' 814' 815' 816' 817' 818' 819' 820' 821' 822' 823' 824' 825' 826' 827' 828' 829' 830' 831' 832' 833' 834' 835' 836' 837' 838' 8

Q9 : Ad combien s'élève pour LC + For ex. p. annu D_1 + T. annu. p. annu de p. annu (n)

José L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 483 - AG

03:55' Deu entrada no condizido em uma semelha avista
conhecido orientado

OUTUBRO/2018 01/11/2018 175 144,46

CRISTIANO MARQUES ARAUJO
R. ISABELA PARENTE 36 BOSQUE
CPF: 00059147938234
CEP: 69.900-472 - RIO BRANCO

ROT: 4.001.04.05.000040

| | |
|-------|------------|
| 7496 | 25/10/2018 |
| 7321 | 25/09/2018 |
| 1,000 | 21/11/2018 |
| 175 | 19/10/2018 |
| 175 | 25/10/2018 |
| FCAH | |

CONSUMO NORMAL 30

RESIDENCIAL BI 8051619 1.1.1.2 104

| | | | | |
|----------------------|----------|--------------------------------|----------------------|--------|
| SET/18 | 152 | CONSUMO | 175 A R\$ 0,781588 = | 136,77 |
| AGO/18 | 95 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIP) | | 5,87 |
| JUL/18 | 80 | CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00 | | 0,24 |
| JUN/18 | 47 | MULTA POR ATRASO 08/18-00 | | 1,08 |
| MAI/18 | 106 | JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00 | | 0,50 |
| ABR/18 | 107 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA = | 8,74 | |
| MAR/18 | 147 | | | |
| FEV/18 | 121 | | | |
| JAN/18 | 78 | | | |
| DEZ/17 | 85 | | | |
| TARIF. SEM TRIBUTOS: | | | | |
| 0 A 175 | 0,559500 | | | |

DEBITOS JA PAGOS E VALORES DE VENCIMENTO

| | | |
|---------|-----------|---|
| Des/Ano | Valor R\$ | Informes distribuídos relativos a vencimento de R\$ |
| 09/2018 | 123,42 | Informes distribuídos relativos a vencimento de R\$ |

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESUMO DO CONSUMO A984.D988.DC0B.4E1C.038C.DC95.82CB.D642

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS E TAXAS - R\$ |
|---------------------------|------------------------|
| Consumo | 136,77 |
| Imposto | 25,00% |
| Transmissão | 34,19 |
| Encargos | 0,82 |
| Total | 3,77 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR | INDICADOR |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 6,27 | 12,54 | 25,08 | 3,92 | 7,85 | 15,70 | 3,71 | |
| 0,66 | | | 1,00 | | | 0,66 | |

SAO FRANCISCO 08/2018 30,41

ROT: 4.001.04.05.000040

| | |
|------------|---------------------|
| SEU CÓDIGO | TOTAL A PAGAR - R\$ |
| 0189420-0 | 144,46 |
| 10/2018 | 01/11/2018 |
| 002692497 | FCAH |

33610000001 4 44460045000 1 00000000189 1 42001013000 1



SUS = 406 0028 7896 9642 134A
MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 79136

No. DO BE: 2340183 DATA: 23/04/2016 HORA: 21:30 USUARIO: OTERVAL
CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : WENDELL MENEZES BARBOSA DOC.: CNH
IDADE: 26 ANOS NASC: 11/01/1990 SEXO.: MASCULINO
ENDereco: RUA FLORIANO PEIXOTO NUMERO: 389
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO UF: AC CEP.: 69900-000
MUNICIPIO: RIO BRANCO /MARIA DO SOCORRO C. DE MENEZE
NOME PAI/MAE: PEDRO CAMELO BARBOSA TEL.: 8114-6111.
RESPONSAVEL: CUNHADA- LOURDES DA SILVA PROF
PROCEDENCIA: ABRAHAO ALAB
ATENDIMENTO: ACIDENTE DE MOTO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA[95] X[92] mmHg PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[95] SPO2[98]
EXAM.COMPL.[] RAIO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____
Paciente chegou pelo S.A.M.U com queixa de dor abdominal, iniciada no lado esquerdo e irradiando para o lado direito. Apresenta náuseas e vômitos. Sem febre. Exame físico: sem alterações. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações.
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]
ESCALA DA DOR: [SEM DOR] [LEVE] [MODERADA] [INTENSA] 10

DIAGNOSTICO: CID:
PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO
1) Analg. 10mg po q 4h
2) Antiácido 20mg po
3) Analg. 10mg po q 4h
4) AT + SOT 5) ENCAMINHADO P/ PRONTO-SOCORRO 21:45

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

6) Tramadol 100mg + ST 350ml (ev)
7) Póscil 2ml (ev)



HOSPITAL SANTA JULIANA

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

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-96

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br



FICHA DE INTERNAÇÃO

| | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Prontuário: 153168 - 2 | Entrada: 26/12/2016 | Hora: 0936 | Apto/Leito: 116 A |
| Paciente: | WENDELL MENESES BARBOSA | | |
| Reg. Geral: 10000038 | Orgão Emissor: SSP | AC | Data Expedição: |
| CPF: 00250386216 | Raca/Cor: Parda | Cartão SUS: 706009878969642 | Sexo: M |
| Dt. Nasc.: 11/01/1990 | Est. Civil: CASADO(A) | Natur.: RIO BRANCO | AC Idade: 26 Anos |
| Conjuge: | | | |
| Nacionalidade: | End.: RUA TERRA | Nro: 62 | |
| Bairro: MORADA DO SOL | CEP: 69900970 | Cidade: Rio Branco | Estado: AC |
| Fone: 68 | Cel.: 999134015 | Fone Contato: 68 999510795 | Profissão: EMPRESARIO |
| Local de Trabalho: | MAE: MARIA DO SOCORRO CRUZ DE MENESES | | |
| PAI: PEDRO CAMELO BARBOSA | | | |
| Resp.: LARYANE NASCIMENTO DE SOUZA | End.: RUA TERRA | UF: AC | |
| Nro: 62 | Cidade: Rio Branco | | |
| Fone Res.: - 999546223 | Fone Com.: - | | |
| Motivo da Internação: Clínica Cirúrgica | Trouxe RX: S | Exame: S | |
| Convênio: PARTICULAR | Plano: ENFERMARIA | | |
| Nro Carteira: | Validade: | Senha: 11 DEZ 2016 | |
| Nro Guia: | Sispre: | | |
| Médico (a): | MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA | | |

Observação: RECIBO NUMERO 8235 REFERENTE A CONTA ABERTA EM ENFERMARIA + CONSULTA PRE ANESTESICA PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE MATERIAL DE

Paciente: _____

Entrada: 26/12/16 09:36

Alta: 27/12/2016 08:57

Médico Responsável: MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA

Convênio: PARTICULAR

Micheli F. Galica
Enfermeira
COREN 481.811/AC
ENFERMAGEM / DATA / HORA

Wendell M. Barbosa
PACIENTE / DATA / HORA

RELATORIO DE ENFERMAGEM NA ADMISSAO

As 10:30hs paciente deu entrada no
C.C para submeter-se a uma RMG
feita Dr Marcus Vinicius e Instrumenta
Dr Rosmilda. Realizado punção com ABO
Cath N° 18 + material de Rotina para H.V.P
paciente Eupneica, Normotensa com P.A.
140 x 80 mmHg SpO₂ 98%. F.C. 84 Bpm. As 10:45hs paciente
submetida a anestesia Raque pelo Dr Arleson. Ligado
O₂ 6L/min sob máscara de Hudson durante cirurgia
As 10:50hs iniciou procedimento As 10:55hs paciente
(submetido) Ligado: terminou o procedimento As 11:00
hs paciente Estável encaminhado para RPA UIC Inf
Salvany Gen. 324027

17/02/2018

| | | |
|------------|---|---|
| Anesthesia | 2 | 5 |
|------------|---|---|



HOSPITAL SANTA JULIANA

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

Serviço de Anestesiologia Avaliação Pré-Anestésica

Nome do Paciente: Wendell Mendes

DATA: 26.12.18.

RG:

Idade: 26 Sexo: FM Profis.:

doença principal:

cirurgia: 12.1.3 ASD

anest. proposta: N2O

DADOS IMPORTANTES DA ANAMNESE E/OU EXAME FÍSICO

Não ins/mil - dia / Alveol

CIRURGIAS / ANESTESIAS PRÉVIAS / COMPLICAÇÕES / ALERGIAS:

Não / Não



Exame Físico

peso: 62 alt: 170 PA: 120x80 P: 20 hidratado/desidr.
corado/desc. - eupnéico/dispn/taquip. - cianótico/acian. - lento/anict.
ausculta: normal

Anotar de preferência exames com < 01 ano
Exames Subsidiários - DATA: / /

dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa) -
dentes:

Hb= Ht= Clc= Cr= Ur=
Na+= K+= TC= TS=

Abertura de boca normal

Coagul normal ☐ alter ☐ TT= TP= TTPA=

pescoco normal/gueto -

RX tórax (/ /) =

flexão/extensão do pescoço:

ECG (/ /) =

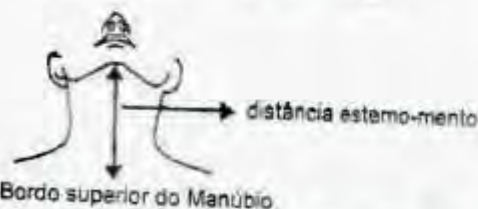
normal/limitada

= Sem S3

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: SIM ☐ NÃO ☒ MEDICAÇÃO DOSE:

Observações:

Não
1349





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: *Wendel Mendes Barbosa*
Nº Aptº: *116-A*
Data: *26/12/2016*
Cirurgia: *R.M.5*
Início: *10:50*
Término: *10:55*

Pontuação Final:
Cirurgião: *Dr. Marcus Vinicius*
Enfermeiro (o): *Silvana*
Anestesista: *Antônio*
Tipo de Anestesia: *Local*

| Item de Avaliação | pontuação | Na Admissão | 1h <i>11 DEZ 2016</i> | 2h | 3h |
|---|-------------|-------------|--------------------------|----|----|
| Respiração: - Capacidade de respirar profundamente e tossi Esforço respiratório limitado - Nenhum esforço espontâneo | 2 1 0 | <i>2</i> | <i>2</i> | | |
| Circulação: Pressão arterial sistólica: ->80% do nível pré-anestésico -50 à 80% do nível pré-anestésico -<50% do nível pré-anestésico | 2 1 0 | <i>2</i> | <i>2</i> | | |
| Nível de Consciência - Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço) - Acorda quando chamado pelo nome - Não responde o comando | 2 1 0 | <i>1</i> | <i>2</i> | | |
| Coloração: - Coloração e aparência normais da pele - coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico - cianose evidente: | 2 1 0 | <i>2</i> | <i>2</i> | | |
| Atividade muscular: - Capacidade de movimentar todas extremidades: - Capacidade de movimentar-se duas extremidades - Incapacidade em controlar qualquer extremidade | 2 1 0 | <i>1</i> | <i>2</i> | | |

Total

* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.

* Horário de liberação:

* Assinatura do Enfermeiro

* Assinatura do Médico Anestesiologista:

[Assinatura]
19/12/16

Relatório de Enfermagem da RPA
(Recuperação Pós Anestésico)

21/12/2016 às 10:30 horas paciente deu entrada na SRPA
Após procedimento cirúrgico sorrelento, normotivo, livre de
orientado HV em MSD com bom fluxo monitorizado
com oximétrico de pulso SpO_2 96%. FC 66 bpm PA: 140 x 80 mmHg
As 11:25 horas paciente permanece em SRPA com SpO_2 99%
FC 65 bpm PA: 120 x 64 mmHg. As 11:40 horas paciente
permanece em SRPA com SpO_2 98% FC 65 bpm PA: 113 x 58
mmHg. As 11:45 horas paciente estável e liberado
e encaminhado ao leito em maca. SpO_2 99% FC 62 bpm
PA: 112 x 63 mmHg. te enf: Fernanda
maia 691996





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

NE ATORIO DE CIRURGAS

| | | | |
|--|---|-------------------|---|
| NOME: <u>WENDELL M. BARBOSA</u> | | PRONTUÁRIO: _____ | |
| IDADE: _____ | SEXO: _____ | PESO: _____ | DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>PO fratura externa hum</u> | | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____ | | | |
| CIRURGIAS REALIZADAS: | <u>Ressecção Sima externa</u> | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA | | | |
| TIPO DE CIRURGIA | | ANESTESISTA | |
| _____ | | <u>Assunção</u> | |
| EQUIPE CIRURGICA: | | | |
| CIRURGIÃO: <u>Wendell M. Barbosa</u> <small>Dr. Marcus Vinicius Yomura Ortopedia/Traumatologia CRM 10.000</small> | | | |
| 1º AUXILIAR: <u>Assunção</u> | | | |
| 2º AUXILIAR: _____ | | | |
| ANESTESISTA: <u>Assunção</u> | | | |
| CIRCULANTE: _____ | | | |
| Hora Inicio: <u>11:00 L</u> | Horá Término: <u>11:30 L</u> Duração: _____ | | |

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

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

- ① DAC DOL SOB GASTRITIS
- ② ACESSO / ANESTESIA
- ③ COM CACHO CÂMERA ETRÓICA.
- ④ REALIZAÇÃO RIM EX. 2 LITROS
- ⑤ CUSTÓDIA ETRÓICA.

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"/> Xilocaina gel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaina 0,5% s/v _____ | <input type="checkbox"/> Ropivacaina 200mg _____ | <input type="checkbox"/> Xilocaina s/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% inj _____ | <input type="checkbox"/> SF 500 ml _____ | <input type="checkbox"/> Xilocaina c/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml _____ | <input type="checkbox"/> Ioversol _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Marcus Vinícius Romão
Ortopedista - Especialista
CRM - AC 577

CIRURGIÃO - CRM-AC

AUXILIAR CRM-AC

CLINICA SANTA JULIANA

CONVÊNIO: PARTICULAR

WENDELL MENESES BARBOSA

LEITO: 116 A

HORA: 11:00

NRO PRESCRIÇÃO: 181053

NRO REQ. FARM: 1014504

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | QTD | VIA | FREQUENCIA | HORARIO |
|---|--------|-----|------------|---------|
| 1. SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML (SISTEMA FECHADO) | UN 1 | | | ND |
| 2. TENOXICAN 20 MG INJ. (TILATIL) | FRAS 1 | EV | 12 X 12 | ND |
| SERINGA C/AG 10 ML | UN 1 | | | ND |
| AGUA DESTILADA 10 ML | AMP 1 | EV | 12 X 12 | ND |
| 3. DAPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA) | AMP 1 | EV | 6 X 6 | ND |
| APLICAR SOMENTE SE DOR | AMP 1 | EV | 8 X 8 | ND |
| SERINGA C/AG 10 ML | UN 1 | | | ND |
| AGUA DESTILADA 10 ML | AMP 1 | EV | 6 X 6 | ND |
| TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL) | AMP 1 | EV | 8 X 8 | ND |
| APLICAR SOMENTE SE DOR | UN 1 | | | ND |
| SERINGA C/AG 3 ML | UN 1 | | | ND |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100 ML (SISTEMA FECHADO) | FRAS 1 | EV | 8 X 8 | ND |
| CURATIVO | UN 1 | | | ND |

Retenir



EVOLUÇÃO

POI ~~fechada~~ Retenir Alívio Exame Inicial

CD: ~~Exame~~ P/ RPA

27/12/16. 1º Exame Alívio Exame

SI Alívio

CD na 1ª consulta

Marcos Vinícius
Ortopedia e Traumatologia

Marcos Vinícius
Ortopedia e Traumatologia

As 14h - Paciente admitido neste setor, proveniente de CC, em máscara, apnéia, normotensão, OI HD e em MSD el HV em curso. PA: 110x60 mmHg

26/12/2016
153161
Micheli F. Gatica
Enfermeira
COREN 481.011/A

As 18h Paciente evolui bem se guisa o mesmo apresenta dorres, e exames durante o período de tarde, permanece em sup. sob MSD, fe. editado catar e prescrição redida, apresenta SSVV PA 140x90, 10x36, FC 87, SpO2 98%, aca to de dia operado. — Fale caros

As 21.00h Paciente evoluindo eufórico, comunicativo, atencioso e orientado, aceita dieta operadora, não apresenta mais dorres. HV MSD, SSVV: PA 120x60 mmHg SpO2 98% FC 80 bpm TA 36,3°C Gx Nair 358915

27/12/16 - As 08:20h - Paciente recebe alta hospitalar. Está bem, eufórico, normotensão, apnéia, comunicativo. Realizado curativo el 1 luva estéril 7,5 + 02 pautes de gaze + 20 ml de SKO, 9:1. + 20 ml de álcool. Entregue cartão de alta + Exames anteriores. A tempo: Utilizado 01 atadura de 1: + 01 atadura de 10 cm.

Micheli F. Gatica
Enfermeira
COREN 481.011/A

27.12.2016 Solicito na farmácia 02 ataduras de 10 cm + 01 de 15 cm + 02 pct gaze estéril





Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Novo Acre 

Unidade:

NAME: Wendell Manges Garbiss

UNIDADE: 26 PROJ. REGISTRO:

134

ENFERMARIA:

2.6.7

LEITO

~~LEITO~~

[illegible]

17:00h Paciente recebeu
 a vacina da gripe e da
 coqueluche. Paciente
 bem, sem febre e
 sem sintomas de
 gripe.

11/07/2019
 11/07/2019

passivamente - 200g/200g

26/04/16, Obs: 20:30 20:50
PISO Fx de libria e de libria di-
reta, libria naõ na VI externo
a mao direita fmdo 1-5,

acidente apresentando um negativo
elaborativo e resistente ao toque.
S.V.V: PT: 130 x 90 mmHg. MSE:
libria dorsal. Txi: 36, 62, 18;
pulso dorsal. Txi: 36, 62, 18;
TC: 80 bpm ritmo e regular;

2m mm suprapúbica e regular;
na AVF em dorso da mao externa
naõ o dorso direito e de lado
a ombro direito. Obs: 20:10. O re-
sponde em MTD. Obs: 20:10. O re-
sponde em MTD. Obs: 20:10. O re-

libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e

libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e

libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e
libria amplexo da mao direita e

bandagem e desinfeção do
fistulas. Obs: Ent. UFLC. 16/04/16
mela libria mado mui

26/04/16 In 10:10 in durar
de dor na mao dos membros
durante o procedimento foram
avaliar orientações sobre o posicio-
namento do membro, que em
contra - de alguma cicatriz
A cad. Ent. UFLC estava livre
O ma em -

Notas de V. Volpelli
Enfermeiro
CORENAC 39720

Notas de V. Volpelli
Enfermeiro
CORENAC 39720



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

digitado e impresso em: 25/04/2016 às 12:41:13

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE TIBIA DIREITA "PILAO", LESÃO ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR. TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5

25/04 PACIENTE DOH. LOTE, REFERE POUCA DOR EM MSO

SOLICITO EXAMES

1. DIETA LIVRE

2. SF0 9% 500ML - EV - 12/12H

3. DAPIRONA 1 G EV + AD 6/6H

4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

5. TRAMAL 100 MG + SF 0 9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H

Rui Ramos dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM-AC 1956

W.O. Paciente
europeico, comuni-
cativo, acita deuto
rpp, realizado curi-
tivos, refere algia
intensa em leão
mcp. Reg. Katrielle
17H ENCONTRA-SE
ALICHA DICA DIVER-
PRESNTE. HA 36,4-
TP. ALFAMUC
DE ENCONTRA-SE
ESTAVEL. GCH. HA DICA
16 DICA PRESNTE.
HA 36 - ALICHA

11/03/2016

Notación de Enfermedad
02/05/2016 as 10:00 h.
Procedo a matar a MSD
en ID. en el fondo de MSD.
puedo apurando edera de
MSD. 7A=BOX 70mmHg. 40x=37.30
T-C- Zanderline 453382.
Fax





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

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA _____ SALA _____ DATA: 24/04/2016
NOME DO PACIENTE: Wendell Mendes Barbosa IDADE: 26 anos
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTRAS (x) Outras
INÍCIO DA ANESTESIA: 02:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: Tomografia de tórax Alta em observação de 8h + 1h C + 1h de observação
INÍCIO DA CIRURGIA: 02:30 TÉRMINO DA CIRURGIA: 04:30 Tram. de 8h
CIRURGIÃO: Dre Silveira + AUXILIAR(ES): Dre. Iassasse
ANESTESISTA: Dre. Alia INSTRUMENTADOR: Diana
CIRCULANTE: Guilherme + Camilla + Rafaela + Adriano ENF: Paulo

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

| MEDICAMENTO | MATERIAL | MATERIAL |
|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| BUPIVACAÍNA PESADA 05% | AGULHA DESC. Nº | FIO VICRYL |
| BUPIVACAÍNA S/ VASO | ÁLCOOL 70% 300ml | FIO ALGODÃO 2.01 |
| BUPIVACAÍNA C/ VASO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | FIO PROLENTE |
| COLAGENASE | AGULHA P/ RAQUE 1 | FORMOL |
| DORMINID 1 | AGULHA PERIDUAL | FURADEIRA |
| DIPIRONA | ASPIRADOR | GASES 400 |
| DIAZEPAN | ATADURA GESSADA 10cm | GELFOAN |
| DILUENTE 1 | ATADURA DE CREPON 15cm | GORRO |
| DOPAMINA | ABOCATH Nº | INTRACATE Nº |
| EPINEFRINA | BISTURI ELÉTRICO | KIT DRENO DE TORAX Nº |
| FENTANIL | BOLSA C. URINA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,0 |
| FUROSEMIDA | BOLSA P/ COLOSTOMIA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 - 1 |
| HIDROCORTIZONA | BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO | LUVAS CIRÚRGICAS 8,0 - 1 |
| KEFLIN | COLETOR UNIVERSAL | LUVAS CIRÚRGICAS 8,5 - 1 |
| KETALAR | CATETER NASAL T. ÓCULOS | LÂMINAS DE BISTURI - 291 |
| LIDOCAÍNA 1 | CERA ÓSSEA | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS - 1 |
| LIDOCAÍNA GEL | CHUMAÇO | MALHA TUBULAR |
| MANITOL | C. TRAQUEOSTOMIA Nº | MÁSCARA |
| METRONIZADOL | C. ENDOTRAQUEAL Nº | MULTIVIA |
| MORFINA | COLAGENASE POMADA | PANO P/ PACOTE(ÓBITO) |
| PAVULON | COMPRESSA CIRÚRGICA - 1 | POVIDINE DEGERMANTE 200ml |
| PROPOFOL | DRENO DE PENROSE Nº | POVIDINE TINTURA 200ml |
| PLASIL | ELETRODOS - 1 | POVIDINE TÓPICO |
| PROSTIGMINE | EQUIPO P/ SORO | PRO PÉ |
| SULFADIAZINA DE P. | ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO - 1 | SCALP Nº |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 1 | ESPARADRAPO | SWAB |
| SORO GLICOSADO 5% | ESPARADRAPO MICROPOREN | SERINGA DE 1 ML |
| SORO RINGER LACTADO - 1 | FAIXA DE SMARCH | SERINGA DE 3 ML |
| TIOPENTAL | FIXADOR EXTERNO | SERINGA DE 5 ML |
| TRAMAL | FRALDA - 1 | SERINGA DE 10 ML - 1 |
| TILATIL | FILTRO BACTERIOLÓGICO | SERINGA DE 20 ML - 1 |
| VOLUVEN 6% | FITA CARDÍACA | SONDA NASOGÁSTRICA |
| | FIO DE KIRSCHNER | SONDA P/ ASPIRAÇÃO |
| | FIO MONONYLON 20F 3.0mm | SONDA RETAL |
| | FIO SUTUPACK 2.01 | SONDA URETRAL |
| | FIO CAT GUT C. | SONDA FOLLEY |
| | FIO CAT GUT S. | TELA DE MALEX |

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| HORA: 02:30 | HORA: 3:00 | HORA: 03:40h |
| PA: 105 x 40 mm Hg. | PA: 105 x 37 mm Hg. | PA: 105 x 36 mm Hg. |
| FC: 96 bpm | FC: 90 bpm | FC: 80 bpm |
| SPO2: 98% | SPO2: 98% | SPO2: 98% |

| | | |
|---------------------|-------|-------|
| HORA: 04:40h | HORA: | HORA: |
| PA: 105 x 36 mm Hg. | PA: | PA: |
| FC: 90 bpm | FC: | FC: |
| SPO2: 98% | SPO2: | SPO2: |

| | | |
|-------|-------|-------|
| HORA: | HORA: | HORA: |
| PA: | PA: | PA: |
| FC: | FC: | FC: |
| SPO2: | SPO2: | SPO2: |

PARAFUSO E PLACAS

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |



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



FICHA DE ANESTESIA

| | | | | | | | | |
|--|------------------|---|----------------|--|----------------|------------------------|--------------|-----------|
| Paciente: <u>Wendell MEUGER P. Chosa</u> | | Idade: <u>36A</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: | Registro / BE: | | | |
| Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI | | | | | | | | |
| Altura | Peso | PA (mmHg) <u>120x80</u> | P (bpm) | FR (irpm) | Tax (°C) | Sat O ₂ (%) | Grupo Sgneo: | Fator Rh |
| Hm | Ht | Hb | Leuco | Glicose | Urêia | Creatinina | BT / BD / BI | TGO / TGP |
| Diagnóstico Pré-Operatório: | | | | | | | | |
| Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite | | MV: | | ECG: | | Alegrias: <u>MEGA</u> | | |
| ACV: | | | | Pescoco | | Peças Dent. | | |
| Ap. Digestivo/Dentes | | | | Drogas em Uso: | | | | |
| Ap. Urinário: <u>SI sonda</u> | | | | | | | | |
| Estado Mental: <u>Lúc</u> | | | | | | | | |
| Anestésias Anteriores: | | | | ASA: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | | Risco | | |
| Medicação Pré-anestésica: | | | | Hora: | | Efeito: | | |
| HORA: <u>08:20</u> <u>03:20</u> | | | | | | | | |
| GASES | O ₂ | | | | | | | |
| | NO ₂ | | | | | | | |
| | HALOG | | | | | | | |
| Líquidos | <u>MSG</u> | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / X Anestesia / O Cirurgia | SpO ₂ | <u>97%, 97%, 98%, 98%, 98%, 98%</u> | | | | | | |
| | 240 | | | | | | | |
| | 220 | | | | | | | |
| | 200 | | | | | | | |
| | 180 | | | | | | | |
| | 160 | | | | | | | |
| | 140 | | | | | | | |
| | 120 | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| DROGAS ADMINISTRADAS | | Técnica: <u>Bloqueio Axila K</u> | | Monitorização: <u>PNT, Sat O₂</u> | | | | |
| 1º <u>Midazolam 5mg IV</u> | | 1º <u>Rapianestesia + Sedação +</u> | | 1º <u>Monitorização Cardíaca</u> | | | | |
| 2º <u>Fentanyl 25 mcg no SKL</u> | | 2º <u>Fentanyl 25 mcg no SKL</u> | | 2º <u>Ap. Resp:</u> | | | | |
| 3º <u>Dexametasona 10mg no SKL</u> | | 3º <u>de toro 260 + 160mg no SKL</u> | | 3º <u>Ap. CV:</u> | | | | |
| 4º <u>Dipiridona 2g no SKL</u> | | 4º <u>Dipiridona 2g no SKL</u> | | | | | | |
| 5º <u>Bupivacaína 15mg (0,5% pesad)</u> | | 5º <u>Bupivacaína 15mg (0,5% pesad)</u> | | | | | | |
| 6º <u>1 MORFINA 30mg no ESA</u> | | 6º <u>1 MORFINA 30mg no ESA</u> | | | | | | |
| 7º <u>Fentanyl 100 mcg IV</u> | | 7º <u>Fentanyl 100 mcg IV</u> | | | | | | |
| 8º | | 8º | | | | | | |
| 9º | | 9º | | | | | | |
| 10º | | 10º | | | | | | |
| | | Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo) | | <u>José Carlos da Silva</u> | | | | |

OBS:

7

11 DEC 1980
PHS-DC-0010

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.

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

[illegible]



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

Digitado e impresso em: 02/05/2016 às 12:58:41

HUEB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

EX DE TÍBIA DIREITA "PIIAO", LESÃO
ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR
TENDO EXTENSOR 1 AO 5

0204 PACIENTE DO HOTE, REFERE
POUCA - DOR EM MSD, AFEIRIL
CORADO E HIDRATADO

AGUARDA CONDUTA
- ALVARO PASSA P DR NELSON
REUNIR DE QUARTA

12.30h.

Paciente refere
dor intensa e
pruriteio em

pruriteio

US: ao c.c.

Síndrome
dermatológica

em pe.

Características de lesões
apoiadas de lesões

culon antes de

crise de

1. DIETA LIVRE

2. SF 9% 500ML - EV - 12/24

3. DAPIRONA 1 G EV - AD 6/8H

4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

8. CEFALOTINA 1 G IV 6/8 H

9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA

10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8

11. CURATIVO DIÁRIO

12. Drogas em uso (VO S/N)

13. Drogas em uso (VO S/N)

14. Drogas em uso (VO S/N)

15. Drogas em uso (VO S/N)

16. Drogas em uso (VO S/N)

17. Drogas em uso (VO S/N)

18. Drogas em uso (VO S/N)

19. Drogas em uso (VO S/N)

20. Drogas em uso (VO S/N)

21. Drogas em uso (VO S/N)

22. Drogas em uso (VO S/N)

23. Drogas em uso (VO S/N)

24. Drogas em uso (VO S/N)

25. Drogas em uso (VO S/N)

26. Drogas em uso (VO S/N)

27. Drogas em uso (VO S/N)

28. Drogas em uso (VO S/N)

29. Drogas em uso (VO S/N)

30. Drogas em uso (VO S/N)

31. Drogas em uso (VO S/N)

32. Drogas em uso (VO S/N)

33. Drogas em uso (VO S/N)

34. Drogas em uso (VO S/N)

35. Drogas em uso (VO S/N)

36. Drogas em uso (VO S/N)

37. Drogas em uso (VO S/N)

38. Drogas em uso (VO S/N)

39. Drogas em uso (VO S/N)

40. Drogas em uso (VO S/N)

41. Drogas em uso (VO S/N)

42. Drogas em uso (VO S/N)

43. Drogas em uso (VO S/N)

44. Drogas em uso (VO S/N)

45. Drogas em uso (VO S/N)

46. Drogas em uso (VO S/N)

47. Drogas em uso (VO S/N)

48. Drogas em uso (VO S/N)

49. Drogas em uso (VO S/N)

50. Drogas em uso (VO S/N)

51. Drogas em uso (VO S/N)

52. Drogas em uso (VO S/N)

53. Drogas em uso (VO S/N)

54. Drogas em uso (VO S/N)

55. Drogas em uso (VO S/N)

56. Drogas em uso (VO S/N)

57. Drogas em uso (VO S/N)

58. Drogas em uso (VO S/N)

59. Drogas em uso (VO S/N)

60. Drogas em uso (VO S/N)

61. Drogas em uso (VO S/N)

62. Drogas em uso (VO S/N)

63. Drogas em uso (VO S/N)

64. Drogas em uso (VO S/N)

65. Drogas em uso (VO S/N)

66. Drogas em uso (VO S/N)

67. Drogas em uso (VO S/N)

68. Drogas em uso (VO S/N)

69. Drogas em uso (VO S/N)

70. Drogas em uso (VO S/N)

71. Drogas em uso (VO S/N)

72. Drogas em uso (VO S/N)

73. Drogas em uso (VO S/N)

74. Drogas em uso (VO S/N)

75. Drogas em uso (VO S/N)

76. Drogas em uso (VO S/N)

77. Drogas em uso (VO S/N)

78. Drogas em uso (VO S/N)

79. Drogas em uso (VO S/N)

80. Drogas em uso (VO S/N)

81. Drogas em uso (VO S/N)

82. Drogas em uso (VO S/N)

83. Drogas em uso (VO S/N)

84. Drogas em uso (VO S/N)

85. Drogas em uso (VO S/N)

86. Drogas em uso (VO S/N)

87. Drogas em uso (VO S/N)

88. Drogas em uso (VO S/N)

89. Drogas em uso (VO S/N)

90. Drogas em uso (VO S/N)

91. Drogas em uso (VO S/N)

92. Drogas em uso (VO S/N)

93. Drogas em uso (VO S/N)

94. Drogas em uso (VO S/N)

95. Drogas em uso (VO S/N)

96. Drogas em uso (VO S/N)

97. Drogas em uso (VO S/N)

98. Drogas em uso (VO S/N)

99. Drogas em uso (VO S/N)

100. Drogas em uso (VO S/N)

101. Drogas em uso (VO S/N)

102. Drogas em uso (VO S/N)

103. Drogas em uso (VO S/N)

104. Drogas em uso (VO S/N)

105. Drogas em uso (VO S/N)

106. Drogas em uso (VO S/N)

107. Drogas em uso (VO S/N)

108. Drogas em uso (VO S/N)

109. Drogas em uso (VO S/N)

110. Drogas em uso (VO S/N)

111. Drogas em uso (VO S/N)

112. Drogas em uso (VO S/N)

113. Drogas em uso (VO S/N)

114. Drogas em uso (VO S/N)

115. Drogas em uso (VO S/N)

116. Drogas em uso (VO S/N)

117. Drogas em uso (VO S/N)

118. Drogas em uso (VO S/N)

119. Drogas em uso (VO S/N)

120. Drogas em uso (VO S/N)

121. Drogas em uso (VO S/N)

122. Drogas em uso (VO S/N)

123. Drogas em uso (VO S/N)

124. Drogas em uso (VO S/N)

22-05-10

22:00 Retorno do CC Ad-
após após procedimento
urgente com falha entre
no no terminal após
Automa

em 08:05:36

gratuito de 12 meses em
ou menos no mesmo dia

120x80x14 136

03/05/10 08:00 36000

meio: após, comunicativo,
vacinações oferecidas, tomada de
medicamento, realizado curat
do cl SFO, 97 + saldo, depois de
do cl óleo mineral 10:00. Exat
química de ex. Ver. com 276.20

11





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

digitado e impresso em 03/05/2016 às 12:17:40

HUEBB

REGISTRO

PACIENTE
WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE
26

CLINICA
CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO
134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO"
LESÃO ZONA VI. EXTENSORA MCD
DIR. TENDÃO EXTENSOR I AO 5

0304 PACIENTE DDHLOTE, REFERE
POUCA DOR EM MSD E MISO
AFEBRIL, CORADO E HIDRATADO

APÓS FASCIOTOMIA EM P9 DIR
PACIENTE NEGA PARESTESIAS, DOR
E APRESENTA DIMINUIÇÃO DO EDEMA
EM MID.

FO LIMP, COM SANGRAMENTO
LEVE, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS

AGUARDA CONDUITA
ILUSAROV PASSA P DR NELSON
REUNIÃO DE QUARTA

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H

3. DIPRONA 1 G EV + AD 6/6H

4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 5X

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4x DIA

7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H

9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA

10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8

11. CURATIVO DIÁRIO

12. Dorsem 100mg
16 a noite

506 500

16 20 04 10

04

20

16

14

26 04 52

10

10

15:30 visitado por
38,7°C, admissão
dom 3. ACF. Sonda
na resson. -
do 1700h. Pdt. evoluí
me, apêndic, avista as d
operada, náusea presente, f
riacuu. PA - 100x60 mmHg
TA 37,4°C. 16 ml soro
+ 16 ml elio -
do 20h. 17 orientado
frio pelo ar, f
relatório da unidade
parte traseira 100mg
em labor de SF 0.9%
foi, Relato curativo
fundo limpo?
Quem
foi

03/2010

o Paciente

de ferido

coler em MID,

apresentando

lesão em tibia

distal direita

com fratura

aberta, com

hemorragia

30:00 - Paciente Temor barto de
aspiração em radura de barto no-
ligada simples no leite + Teca de
roupas privadas, curativo de F.O
apresentando-se em bom aspecto, lim-
po, seco e c/ oxigenação de zinco

picajalisco, mcp

12/01/2012 Cei + Maipre

HUIERB
Jaguar Advertising

134

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORARIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|--|---|-------------------------|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA - PILAO - LESAO ZONA VI. EXTENSORA MAO DIR. TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 0905 PACIENTE SEM QUEIXAS. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS. PULSOS DISTAIS NORMAIS. BOA PERFUSAO FO LUPMA, SEM SAIDA DE SECREÇÕES PURULENTAS OU SANGRAMENTOS. SEM SINAIS FLOGISTICOS AGUARDA CIRURGIA PARA COLOCAR ILISAROV AGENDAR CIRURGIA PARA FECHAR FASCIOTOMIA TERÇA 1005 | 1. DIETA ZERO APÓS MEIA NOITE 2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/211 3. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H 4. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 5. METRONIDAZOL 500MG IV B/B 6. DIFIRONA 1 G EV + AD 6/6H 7. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% 100 ML + PLASIL 10MG - EV 8. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 10. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 11. CURATIVO DIARIO 12. COMPRESSA COM GELO | <div><div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div><div>17:00h</div><div>18:00h</div><div>19:00h</div><div>20:00h</div><div>21:00h</div><div>22:00h</div><div>23:00h</div><div>00:00h</div><div>01:00h</div><div>02:00h</div><div>03:00h</div><div>04:00h</div><div>05:00h</div><div>06:00h</div><div>07:00h</div><div>08:00h</div><div>09:00h</div><div>10:00h</div><div>11:00h</div><div>12:00h</div><div>13:00h</div><div>14:00h</div><div>15:00h</div><div>16:00h</div></div></div> | |

apresenta, supri nêco, d'umção
dióxido de carbono. PA: 130 x 90 mmHg
T x: 36°C. rec: Pamele - Em tempo
realizado curat'co no mib e msd.
rec: Pamele.



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

12. COMPRESSA COM GELO

Swamp

D^{ra} Envia Ferreira
MÉDICA
CRM-AM 7871

As 16:00 h. Paciente em-
muniado para o e.c.
para submeter a
procedimento ortopédico
funcionado com olocato
re 18 no m5 e, mcp. PA
120 x 80 cm. Fe 66 bn de enf
dúlia ma

Service des Travaux Publics de l'Ontario

| | |
|-------------------|---|
| Enfomita | X |
| COHENAC - 302.855 | X |

ORLEN/AC - 302.855

no entanto eu
gido, a cor
de uma
e de

Maria José Monteiro

Enigma 12
CÓREN 77208

COREN 7726

a clunicea suu-
 ca, a cvario-
 poi de laos e tomes
 PA = 120x66 mm⁴g
 SP02 98% rce = 100 bpm

...

10-05-16 às 10:00

Paciente estável, lucido,
supineico, sem queixas,
toma barba de aperitivo,
funções fisiológicas ~~normais~~
preservadas, aceita a dieta, rea-
lizado curativo no m. D. e
msd. PA: 130 x 90 mmHg TA: 36.8°C.
Tec: Pamela.

1830 Retornar do CC
após procedimento. Um-
queto - café Amargo.
13/05/2016 - 4:00hrs
P. de repouso, normotensa, dor nas pernas.
eliminações hídricas normais.
TAX: 36.5°C - 1/2 de Ceu

12/05/16

172 kg x 80 mmHg
normotense, sem prurido, dor nas
pernas, dor + supineico. Um
Barba, aceita a dieta.
Curativo presente. - 1/2 de Ceu

8.00 50103110

Paciente em repouso no
leito, com sinais vitais normais.
Cabeça, olhos, ouvidos, nariz, boca e
garganta sem alterações. Pulso
regular, com 72 bpm. Pressão arterial
120/80 mmHg. Temperatura corporal
36,5°C. Sinais de desidratação não
observados. Ausculta cardíaca e
pulmonar sem alterações. Exame
físico geral sem alterações. Paciente
em repouso, sem dor ou desconforto.

A.C. Enf. Regina / 10/10 - posto
Pérgo
Cada 12h.

10/10/2010



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

diário e impresso em 18/05/2016 às 12:03:24

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO"
LESÃO ZONA VI EXTENSORA MÃO
DIR, TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5

1805 PACIENTE EVOLUI SEM
QUEIXAS, APRESENTA EDEMA
DISCRETO EM M.D. PANTURILHAS
LIVRES, NEGA OUTRAS QUEIXAS,
PULSOS DISTAIS NORMAIS, BOA
PERFUSÃO.

FO LIMP, SEM SAÍDA DE SECREÇOS
PURULENTOS OU SANGRAMENTOS,
SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, SEM
FLUTEMAS

PACIENTE AGENDADO PARA DIA 25/04
COM DIR NELSON PROXIMA
QUARTA-FEIRA

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H

3. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H

4. GENT AMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA

5. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8

6. DIPIRONA 1 G EV + AD 6/6H

7. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV

8. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

9. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

10. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

11. CURATIVO DIÁRIO

12. COMPRESSA COM GELO

13. RETIRAR TALA DE ANTEBRAÇO

14. FISIOTERAPIA EM ANTEBRAÇO, MOTORA E ANALGESICA

15. Alta hospitalar com
Quedas - inferior no
no dia da cirurgia.

Roberto de Souza
BRIH, enfermeiro(a) responsável

17H ENCONTRA-SE ESPIRITUAL
ACIMA DE 1A. FFM, NORMAIS.

18H 36,5 - TE. ALTA NUL

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

19/05/16 04h45

1510-1110-3 NO 17

FCT. Alta Hospita Lac
Indio o mudo o
Carpintero de palo
Columbio Etn Museo
Piglos, Kalle —



11 DEC 78
BIBLIOTECA

Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUEB

CENTRO CIRÚRGICO

HORA DE CHEGADA 18:55 SALA 02 DATA: 02-05-16
 NOME DO PACIENTE Wendell Henozar Barbosa IDADE: 26
 PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
 ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA () LOCAL () OUTRAS ()
 INÍCIO DA ANESTESIA: 20:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: _____
 PROCEDIMENTO REALIZADO: Faringotomia dorsal medial do pedículo
 INÍCIO DA CIRURGIA: 20:33 TÉRMINO DA CIRURGIA: 21:00
 CIRURGIÃO: Dr. Antônio Edil AUXILIAR(ES): Dr.
 ANESTESISTA: Dr. Carlos Roberto INSTRUMENTADOR: Yaseli
 CIRCULANTE: Fec. Nazare Almeida + Luciana Sampaio ENF: Regiane

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

| MEDICAMENTO | MATERIAL | MATERIAL |
|--------------------------|--|--|
| BUPIVACAÍNA PESADA 05% | AGULHA DESC. Nº | FIO VICRYL |
| BUPIVACAÍNA S/ VASO | ÁLCOOL 70% <u>100</u> | FIO ALGODÃO |
| BUPIVACAÍNA C/ VASO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | FIO PROLENTE |
| COLAGENASE | AGULHA P/ RAQUE | FORMOL |
| DORMINID | AGULHA PERIDUAL | FURADEIRA |
| DIPIRONA | ASPIRADOR | GASES <u>200</u> |
| DIAZEPAN | ATADURA GESSADA | GELFOAN |
| DILUENTE | ATADURA DE CREPON <u>75 cm 12/1</u> | GORRO <input checked="" type="checkbox"/> |
| DOPAMINA | ABOCATH Nº | INTRACATE Nº |
| EPINEFRINA | BISTURI ELÉTRICO | KIT DRENO DE TORAX Nº |
| FENTANIL | BOLSA C. URINA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| FUROSEMIDA | BOLSA P/ COLOSTOMIA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 <input checked="" type="checkbox"/> |
| HIDROCORTIZONA | BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO | LUVAS CIRÚRGICAS 8,0 <input checked="" type="checkbox"/> |
| KEFLIN | COLETOR UNIVERSAL | LUVAS CIRÚRGICAS 8,5 |
| KETALAR | CATETER NASAL T. ÓCULOS | LÂMINAS DE BISTURI Nº <u>22-11</u> |
| LIDOCAÍNA | CERA ÓSSEA | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| LIDOCAÍNA GEL | CHUMAÇO | MALHA TUBULAR |
| MANITOL | C. TRAQUEOSTOMIA Nº | MÁSCARA <input checked="" type="checkbox"/> |
| METRONIZADOL | C. ENDOTRAQUEAL Nº <u>8.0-1</u> | MULTIVIA |
| MORFINA | COLAGENASE POMADA | PANO P/ PACOTE(ÓBITO) |
| PAVULON | COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10x4</u> | POVIDINE DEGERMANTE <u>200</u> |
| PROPOFOL | DRENO DE PENROSE Nº | POVIDINE TINTURA <u>200</u> |
| PLASIL | ELETRODOS <input checked="" type="checkbox"/> | POVIDINE TÓPICO |
| PROSTIGMINE | EQUIPO P/ SORO <u>1</u> | PRO PÉ <input checked="" type="checkbox"/> |
| SULFADIAZINA DE P. | ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> | SCALP Nº |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% | ESPARADRAPO <u>20cm</u> | SWAB |
| SORO GLICOSADO 5% | ESPARADRAPO MICROPOREN | SERINGA DE 1 ML |
| SORO RINGER LACTADO | FAIXA DE SMARCH | SERINGA DE 3 ML |
| TIOPENTAL | FIXADOR EXTERNO | SERINGA DE 5 ML |
| TRAMAL | FRALDA <u>1</u> | SERINGA DE 10 ML <input checked="" type="checkbox"/> |
| TILATIL | FILTRO BACTERIOLÓGICO | SERINGA DE 20 ML <input checked="" type="checkbox"/> |
| VOLUVEN 6% | FITA CARDÍACA | SONDA NASOGÁSTRICA |
| <u>SI 9: 31 10/10/16</u> | FIO DE KIRSCHNER | SONDA P/ ASPIRAÇÃO |
| | FIO MONONYLON | SONDA RETAL |
| | FIO SUTUPACK <u>2-0-1</u> | SONDA URETRAL |
| | FIO CAT GUT C. | SONDA FOLLEY |
| | FIO CAT GUT S. | TELA DE MALEX |

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|-------------|-------------|-------------|
| HORA: 20:20 | HORA: 20:50 | HORA: 21:00 |
| PA: 143x85 | PA: 129x64 | PA: 126x54 |
| FC: 107 | FC: 116 | FC: 105 |
| SPO2: 98% | SPO2: 98% | SPO2: 96% |

| | | |
|-------|-------|-------|
| HORA: | HORA: | HORA: |
| PA: | PA: | PA: |
| FC: | FC: | FC: |
| SPO2: | SPO2: | SPO2: |

| | | |
|-------|-------|-------|
| HORA: | HORA: | HORA: |
| PA: | PA: | PA: |
| FC: | FC: | FC: |
| SPO2: | SPO2: | SPO2: |

PARAFUSO E PLACAS

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

TRANSFUSÃO SANGUÍNEA

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGUÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

UNIDADE: _____

Nome do Paciente

Vendell Menezes Barbosa

Idade:

26

Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório:

Síndrome queimadura no pé direito + fratura de rádio distal

Cirurgia proposta:

Fasciotomia dorsal e medial do pé direito

Diagnóstico definitivo:

O curso

Cirurgia realizada:

O curso

Data

02.05.16

Cirurgião

Dr. Antonio Ine

1º Auxiliar

Dr. Rogério Beltrão

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Ed

Anestesia

Dr. Bruno

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

X Não

Descrição

Biopsia de congelação

() Sim

X Não

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

(X) Enfermaria

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Anestesia + Antiespasmódico + Colocação de Campos
- 3) Incisão em região dorsal do pé direito entre o 1º e 2º metacarpo, e após o 4º metacarpo
- 4) Realizado fechamento da ferida
- 5) Incisão medial e fechamento da ferida

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Amputação com SFO 912
Quativo estéril

Dr. Rodrigo Silva Trivez
PRM - Cirurgião e Traumatologista
CRM-MG 17851

Data

02/05/16

Assinatura do Cirurgião

CRM



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



02/05/16

FICHA DE ANESTESIA

| | | | | | | | |
|--|------------------|--|------------|---|----------------|------------------------|------------------------|
| Paciente: <u>WENDEL WENDES BARBOSA</u> | | | | Idade: <u>26</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: | Registro / BE |
| Setor proc: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PSI <input type="checkbox"/> CCA <input type="checkbox"/> CCB <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> CMB <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> UTI | | | | | | | |
| Altura | Peso | PA (mmHg) | P (bpm) | FR (irpm) | Tem (°C) | Sat O ₂ (%) | Grupo Sgneo: Fator Rh |
| Hm | Ht | Hb | Leuco | Glicose | Ureia | Creatinina | BT / BD / BI TGO / TGP |
| Diagnóstico Pré-Operatório: <u>S/Nº - cardiovascular em pt de risco</u> | | | | | | | |
| Ap. Resp: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquite MV: | | | | Complacência: | | | |
| ACV: | | | | ECG: | | Alegrias: | |
| Ap. Digestivo/Dentes <u>JSUM</u> | | | | Pescoço | | Peças Dent. | |
| Ap. Urinário: <u>S/Nº</u> | | | | Drogas em Uso: | | | |
| Estado Mental: <u>LOTE</u> | | | | ASA: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Risco | | | |
| Anestesias Anteriores: | | | | Hora: | | Efeito: | |
| Medicação Pré-anestésica: | | | | | | | |
| HORA: <u>20:10</u> <u>21:00</u> | | | | | | | |
| GASES | O ₂ | | | | | | |
| | NO ₂ | | | | | | |
| | HALOG | | | | | | |
| Líquidos | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia | SpO ₂ | <u>98%</u> | <u>98%</u> | | | | |
| | 240 | | | | | | |
| | 220 | | | | | | |
| | 200 | | | | | | |
| | 180 | | | | | | |
| | 160 | | | | | | |
| | 140 | | | | | | |
| | 120 | | | | | | |
| | 100 | | | | | | |
| | 80 | | | | | | |
| 60 | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| DROGAS ADMINISTRADAS | | Técnica: <u>Genal BALNEADA</u> | | Monitorização: <u>CLB D/ Monitoria, Gm, CAPNOGRAFIA</u> | | | |
| 1º <u>Midazolam 5mg</u> | | Cirurgia: <u>Exatoma de pt. PINTO</u> | | Ap. Resp.: | | | |
| 2º <u>Fentanyl 100mcg</u> | | Cirurgião/Auxiliar: <u>ROBERTO LANTONIO DE</u> | | Ap. CV: | | | |
| 3º <u>Oxetolim 8mg</u> | | OBS: | | | | | |
| 4º <u>Atorvastatina 10mg</u> | | | | | | | |
| 5º <u>Normal 100mg</u> | | | | | | | |
| 6º <u>Diluvon 3g</u> | | | | | | | |
| 7º | | | | | | | |
| 8º | | | | | | | |
| 9º | | | | | | | |
| 10º | | | | | | | |

Dr. Ed. Ricardo O. de Souza
Médico - Anestesiologista
CRM 656 - SBA / 12690

OBS:

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

PONTUAÇÃO DO PCTE 8, ANTES DE RECEBER ALTA DA RPA.

[illegible]



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

HORA DE CHEGADA: _____ SALA: _____ DATA: 20/05/17
NOME DO PACIENTE: Wendel Manoel Barbosa IDADE: 26 an
PROCEDÊNCIA: EMERGÊNCIA () AMBULATÓRIO () OUTROS ()
ANESTESIA: GERAL () RAQUEANESTESIA (X) LOCAL () OUTRAS ()
INÍCIO DA ANESTESIA: 16:50h TÉRMINO DA ANESTESIA: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: Farectomia
INÍCIO DA CIRURGIA: 17:16 TÉRMINO DA CIRURGIA: _____
CIRURGIÃO: Dr. Isaac AUXILIAR(ES): Dr. Tayse
ANESTESISTA: Dr. Claudinei Tabac INSTRUMENTADOR: Sueli Marinho
CIRCULANTE: Adriano + Fr. Salazar ENF: M. Agostini

MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

| MEDICAMENTO | MATERIAL | MATERIAL |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| BUPIVACAÍNA PESADA 05% | AGULHA DESC. Nº <u>27 X 8-11</u> | FIO VICRYL |
| BUPIVACAÍNA SI VASO | ÁLCOOL 70% <u>100ml</u> | FIO ALGODÃO |
| BUPIVACAÍNA CI VASO | ALGODÃO ORTOPÉDICO | FIO PROLENTE |
| COLAGENASE | AGULHA PI RAQUE <u>27-1</u> | FORMOL |
| DORMINID | AGULHA PERIDUAL | FURADEIRA |
| DIPIRONA | ASPIRADOR | GASES <u>300</u> |
| DIAZEPAN | ATADURA GESSADA | GELFOAN |
| DILUENTE | ATADURA DE CREPON <u>20cm 111</u> | GORRO <u>11111</u> |
| DOPAMINA | ABOCATH Nº | INTRACATE Nº |
| EPINEFRINA | BISTURI ELÉTRICO | KIT DRENO DE TORAX Nº |
| FENTANIL | BOLSA C. URINA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,0 |
| FUROSEMIDA | BOLSA PI COLOSTOMIA | LUVAS CIRÚRGICAS 7,5 <u>4</u> |
| HIDROCORTIZONA | BORRACHA PI ASPIRAÇÃO <u>11</u> | LUVAS CIRÚRGICAS 8,0 <u>1</u> |
| KEFLIN | COLETOR UNIVERSAL | LUVAS CIRÚRGICAS 8,5 |
| KETALAR | CATETER NASAL T. ÓCULOS <u>1</u> | LÂMINAS DE BISTURI <u>24-11</u> |
| LIDOCAÍNA | CERA ÓSSEA | LUVAS PI PROCEDIMENTOS <u>100</u> |
| LIDOCAÍNA GEL | CHUMAÇO | MALHA TUBULAR |
| MANITOL | C. TRAQUEOSTOMIA Nº | MÁSCARA <u>11111</u> |
| METRONIZADOL | C. ENDOTRAQUEAL Nº | MULTIVIA |
| MORFINA | COLAGENASE POMADA | PANO PI PACOTE(ÓBITO) |
| PAVULON | COMPRESSA CIRÚRGICA <u>10</u> | POVIDINE DEGERMANTE <u>100ml</u> |
| PROPOFOL | DRENO DE PENROSE Nº | POVIDINE TINTURA <u>100ml</u> |
| PLASIL | ELETRODOS <u>17</u> | POVIDINE TÓPICO |
| PROSTIGMINE | EQUIPO PI SORO <u>1</u> | PRO PÉ <u>100</u> |
| SULFADIAZINA DE P. <u>1000</u> | ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO <u>111</u> | SCALP Nº |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% | ESPARADRAPO <u>1</u> | SWAB |
| SORO GLICOSADO 5% | ESPARADRAPO MICROPOREN | SERINGA DE 1 ML |
| SORO RINGER LACTADO <u>111</u> | FAIXA DE SMARCH | SERINGA DE 3 ML |
| TIOPENTAL | FIXADOR EXTERNO | SERINGA DE 5 ML <u>1</u> |
| TRAMAL | FRALDA | SERINGA DE 10 ML <u>1</u> |
| TILATIL | FILTRO BACTERIOLÓGICO | SERINGA DE 20 ML <u>1</u> |
| VOLUVEN 6% | FITA CARDÍACA | SONDA NASOGÁSTRICA |
| | FIO DE KIRSCHNER | SONDA PI ASPIRAÇÃO |
| | FIO MONONYLON <u>2-0-11111</u> | SONDA RETAL |
| | FIO SUTUPACK | SONDA URETRAL |
| | FIO CAT GUT C. | SONDA FOLLEY |
| | FIO CAT GUT S. | TELA DE MAELEX |

SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

| | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| HORA: 17:16 | HORA: 17:30 | HORA: 18:16 |
| PA: 140 x 78 mmHg | PA: 130 x 73 mmHg | PA: 122 x 66 mmHg |
| FC: 113 bpm | FC: 100 bpm | FC: 82 bpm |
| SPO2: 98% | SPO2: 98% | SPO2: 98% |

| | | |
|-------|-------|-------|
| HORA: | HORA: | HORA: |
| PA: | PA: | PA: |
| FC: | FC: | FC: |
| SPO2: | SPO2: | SPO2: |

| | | |
|-------|-------|-------|
| HORA: | HORA: | HORA: |
| PA: | PA: | PA: |
| FC: | FC: | FC: |
| SPO2: | SPO2: | SPO2: |

PARAFUSO E PLACAS

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |

| | | | |
|------------------|------------------|------------------|------------------|
| HORA: | TIPO: | HORA: | TIPO: |
| QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: | QUANTIDADE: | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| NÚMERO DA BOLSA: | | NÚMERO DA BOLSA: | |



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



FICHA DE ANESTESIA

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|---|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|---|---------------|--|
| Paciente: | Wendell Marques Barbosa | | | Idade: | 24an | Sexo: | M | Cor: | | Registro / BE | |
| Sétor proc: | <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> PSI | <input checked="" type="checkbox"/> CCA | <input type="checkbox"/> CCB | <input type="checkbox"/> CMA | <input type="checkbox"/> CMB | <input type="checkbox"/> CC | <input type="checkbox"/> UTI | | | |
| Altura | Peso | PA (mmHg) | F (bpm) | FR (irpm) | Tax (°C) | Sat O ₂ (%) | Grupo Sgneo: | Fator Rh | | | |
| Hm | Ht | Hb | Leuco | Glicose | Ureia | Creatinina | BT / BD / BI | TGO / TGP | | | |
| Diagnóstico Pré-Operatório: FROTA TIGRIS | | | | | | | | | | | |
| Ap. Resp: | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Bronquite | MV: | + | Complacência: | | | | | | |
| ACV: | | | | ECG: | 12. Y normal | Alegrias: | rufo | | | | |
| Ap. Digestivo/Dentes | | | | Pescoco | | | | Peças Dent: | 7 | | |
| Ap. Urinário: | | | | Drogas em Uso: | rufo | | | | | | |
| Estado Mental: | LOTE | | | | | | | | | | |
| Anestesias Anteriores: | FROTA | | | ASA: | 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> Risco | | | |
| Medicação Pré-anestésica: | P | | | Hora: | | | | Efeito: | | | |
| HORA: | 17:00 | | | 18:00 | | | | | | | |
| GASES | O ₂ | | | | | | | | | | |
| | NO ₂ | | | | | | | | | | |
| Líquidos | HALOG | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| SÍMBOLOS V Pressão Arterial / O Pulso / Respiração X Anestesia / O Cirurgia | SpO ₂ | 96 - 98 - 98 | | | | | | | | | |
| | 240 | | | | | | | | | | |
| | 220 | | | | | | | | | | |
| | 200 | | | | | | | | | | |
| | 180 | | | | | | | | | | |
| | 160 | | | | | | | | | | |
| | 140 | | | | | | | | | | |
| | 120 | | | | | | | | | | |
| | 100 | | | | | | | | | | |
| | 80 | | | | | | | | | | |
| 60 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| DROGAS ADMINISTRADAS | | Técnica: Rápida | | | | Monitorização: AUT/ECG | | | | | |
| 1º Fentanil 50 mcg IV | | Cirurgia: Frenotomia por eletrocoagulação | | | | Ap. Resp.: RVM | | | | | |
| 2º Midazolam 5 mg IV | | Cirurgião/Auxiliar: Dr. T. T. T. + Dr. T. T. T. | | | | Ap. CV: R. J. J. | | | | | |
| 3º Fentanyl 20 mcg IV | | OBS: Drogas p/ anestesia, analgesia + sedação. Colocação completa de tubo endotraqueal com intubação. | | | | | | | | | |
| 4º Propofol 20 mg IV | | Anestesiologista (assinatura/CRM e carimbo): Dr. T. T. T. | | | | | | | | | |
| 5º Midazolam 5 mg IV | | | | | | | | | | | |
| 6º Fentanyl 50 mcg IV | | | | | | | | | | | |
| 7º Midazolam 5 mg IV | | | | | | | | | | | |
| 8º Propofol | | | | | | | | | | | |
| 9º | | | | | | | | | | | |
| 10º | | | | | | | | | | | |

[illegible]

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

[illegible]

Data: 08/05/16

PROTOCOLO DE LIBERAÇÃO E MONITORAMENTO TRANSFUSIONAL

1. INFORMAÇÕES DO PACIENTE / RECEPTOR

Nome: Uladimir Menezes Barbosa
Data de Nascimento: 11/01/1990 Idade: 26a Gênero: ☒ M ☐ F Nº Registro/BE: 2340123
Exames Pré Transfusionais: P.A.I. ☒ Negativo ☐ Positivo P.C. ☒ Compatível ☐ Incompatível TH ☐ Negativo ☐ Positivo
Clínica/Enfermaria: CCA Leito: 134 Nº SUS: 206.0098.7896.9642

2. INFORMAÇÕES DO HEMOCOMPONENTE LIBERADO

| 2.1. TIPO DE HEMOCOMPONENTE | ABO/RH | NUMERO DAS BOLSAS | | | |
|-----------------------------|--------|-------------------|---------------|--|--|
| | C | O+ | 0122160420009 | | |
| | H | | | | |
| | P | | | | |
| | F | | | | |
| | C | | | | |
| OUTROS | P | | | | |
| | () | | | | |

2.2. INSPEÇÃO VISUAL REALIZADA PELO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA - AT/HUERB

☒ 1. Normal ☐ 2. Rótulo Não Integro ☐ 3. Coloração Anormal ☐ 4. Coágulo ☐ 5. Turvação ☐ 6. Sistema Violado
☐ 7. Outros Indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s) Assinaladas de 2 a 7:

Em caso de incompatibilidade, Indicar Nº(s) da (s) Bolsa (s):

3. CHECKLIST E INSPEÇÃO VISUAL - CABE A EQUIPE DE ENFERMAGEM CHECAR

1. Informações do Rótulo: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de Internação, volume, resultados dos testes e integridade do Rótulo.
2. Inspeção Visual da Bolsa e do Hemocomponente: Lacre rompido, coloração anormal, formação de bolhas e outras alterações.
3. Informações da RT e Protocolo de Liberação: Nome do Paciente, Idade, ABO/Rh, endereço de Internação e número das bolsas enviadas.
4. Caso haja informações divergentes, violação de bolsa e alteração do conteúdo interno, indicar no espaço abaixo: nº da bolsa e a divergência verificada.

4. MONITORAMENTO DO PACIENTE / RECEPTOR

4.1. REGISTRO DOS SINAIS VITAIS NO DECORRER DA TRANSFUSÃO

| REGISTROS | 1ª BOLSA Nº <u>0122160420009</u> <u>CA</u> | | | | | 2ª BOLSA Nº | | | | |
|-----------|--|-------|-----------|----|----|-------------|----|-----------|----|----|
| | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC |
| Início | 4:30 | 120x7 | 36° | | | | | | | |
| Após 15' | | | | | | | | | | |
| Após 30' | | | | | | | | | | |
| Após 1h | | | | | | | | | | |
| Após 2h | | | | | | | | | | |
| Término | | | | | | | | | | |

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: _____ Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: _____

Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☐ Sim ☐ Não Descrição da Não Conformidade: _____

| REGISTROS | 3ª BOLSA Nº | | | | | 4ª BOLSA Nº | | | | |
|-----------|-------------|----|-----------|----|----|-------------|----|-----------|----|----|
| | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC |
| Início | | | | | | | | | | |
| Após 15' | | | | | | | | | | |
| Após 30' | | | | | | | | | | |
| Após 1h | | | | | | | | | | |
| Após 2h | | | | | | | | | | |
| Término | | | | | | | | | | |

Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: _____ Assinatura do Responsável pelo Monitoramento: _____

Foi observado Não Conformidade durante o checklist / Inspeção Visual? ☐ Sim ☐ Não Descrição da Não Conformidade: _____

Data: ____/____/____

| REGISTROS | 5ª BOLSA Nº _____ | | | | | 6ª BOLSA Nº _____ | | | | |
|---|-------------------|----|-----------|----|----|--|----|-----------|----|----|
| | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC |
| Início | | | | | | | | | | |
| Após 15' | | | | | | | | | | |
| Após 30' | | | | | | | | | | |
| Após 1h | | | | | | | | | | |
| Após 2h | | | | | | | | | | |
| Término | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Responsável pelo Monitoramento | | | | | | Assinatura do Responsável pelo Monitoramento | | | | |
| Foi observado Não Conformidade durante o Checklist/Inspeção Visual? | | | | | | <input type="checkbox"/> Sim Descrição da Não Conformidade: _____ <input type="checkbox"/> Não | | | | |

| REGISTROS | 7ª BOLSA Nº _____ | | | | | 8ª BOLSA Nº _____ | | | | |
|---|-------------------|----|-----------|----|----|--|----|-----------|----|----|
| | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC | HORA | PA | Tª AXILAR | FR | FC |
| Inicial | | | | | | | | | | |
| Após 15' | | | | | | | | | | |
| Após 30' | | | | | | | | | | |
| Após 1h | | | | | | | | | | |
| Após 2h | | | | | | | | | | |
| Término | | | | | | | | | | |
| Assinatura do Responsável pelo Monitoramento | | | | | | Assinatura do Responsável pelo Monitoramento | | | | |
| Foi observado Não Conformidade durante o Checklist/Inspeção Visual? | | | | | | <input type="checkbox"/> Sim Descrição da Não Conformidade: _____ <input type="checkbox"/> Não | | | | |

| | |
|---|---|
| 4.4.5. Listar Bolsas Devolvidas | |
| 4.6. REGISTRO DE INTERCORRENCIAS | |
| 4.7. REAÇÃO TRANSFUSIONAL? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Data do Procedimento: ____/____/____ | 4.8. CASO OCORRA REAÇÃO TRANSFUSIONAL INDICAR: 1ª. Tipo de Componente: _____ 2ª. Número da Bolsa: _____ 3ª. Preencher o Capítulo 5. |
| Assinatura do Responsável Carimbo/IR Conselho de Classe | |

| 5. RELATÓRIO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL | | | |
|--|--|---|--------------------------|
| 0.5.1. A REAÇÃO TRANSFUSIONAL FOI VERIFICADA EM QUE MOMENTO DA TRANSFUSÃO? | | | |
| <input type="checkbox"/> No início da Transfusão | <input type="checkbox"/> Horas após a Transfusão | <input type="checkbox"/> No fim da Transfusão | Indicar o Horário: _____ |
| 5.2. POSSÍVEIS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS: | | 5.3. CONDUTA ADOTADA PARA MINIMIZAR MANIFESTAÇÕES E RISCOS: | |
| <input type="checkbox"/> Calafrio | <input type="checkbox"/> Dispnéia | | |
| <input type="checkbox"/> Dor Lombar | <input type="checkbox"/> Hipertensão | | |
| <input type="checkbox"/> Dor Abdominal | <input type="checkbox"/> Edema Pulmonar Agudo | | |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Hemoglobinúria | | |
| <input type="checkbox"/> Vômito | <input type="checkbox"/> Púrpura | | |
| <input type="checkbox"/> CIVD | <input type="checkbox"/> Taquicardia | | |
| <input type="checkbox"/> Choque | <input type="checkbox"/> Cianose | | |
| <input type="checkbox"/> Febre | <input type="checkbox"/> Icterícia | | |
| <input type="checkbox"/> Urticária | <input type="checkbox"/> Outros | | |
| 5.4. OBSERVAÇÕES: | | | |
| | | | |
| | | | |
| Data: ____/____/____ | | | |
| Assinatura do Responsável Carimbo/IR Conselho de Classe | | | |

Nota 1: INFORMAÇÕES GERAIS

- O Hemocomponente somente será liberado pela AT/HUERB, em caixa térmica, higienizada, de uso exclusivo para esse fim, sendo de responsabilidade de cada enfermaria, clínica, UTI, CC e demais setores que realizam infusão de hemocomponente, trazer a caixa térmica no ato da liberação;
 - A temperatura da caixa térmica deve ser monitorada (instalar termômetro);
 - O Protocolo de Liberação e Monitoramento Transfusional deve ser obrigatoriamente todos os campos dos itens 3 e 4 preenchidos durante a transfusão, e ao término anexar e arquivar junto ao Prontuário do Paciente;
 - Na ocorrência de cancelamento de Hemocomponente solicitado, anotar o número da bolsa no campo destinado e informar a AT/HUERB, a fim de não comprometer a conservação e o andamento a outros pacientes;
- Nota 2: PROCEDIMENTOS EM CASO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL**
- Preencher o Relatório de Reação Transfusional (Item 5);
 - Coletar nova amostra de sangue do Paciente;
 - Encaminhar ao Laboratório da Agência Transfusional – AT/HUERB;



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 - Rio Branco - AC

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

Cópias: 12
R\$ 1,80

REQUERIMENTO

Eu, Wendell Menezes Barbosa

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

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: 153168 Médico: Dr. Marcus Vinicius

Entrada: 26/12/16 Saída: 27/12/16

Convênio: Particular Telefone: () 99913-4015

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPVAT

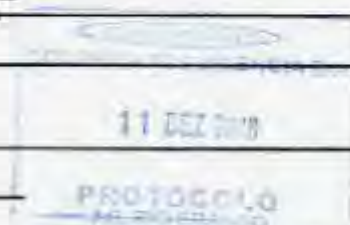
Nome do Paciente: O mesmo

Parentesco com Paciente: _____

Wendell Menezes Barbosa

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 27/12/16 Hora: 10h15





OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
HOSPITAL SANTA JULIANA
CENTRO CIRÚRGICO

CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

Data: 24/11/2016

Sala: 3

Prontuário: 153168-2

Nome: Wendell Manoel Barbosa

Idade: 26 anos

| Antes da Indução Anestésica | Antes de Iniciar a Cirurgia | Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica |
|---|--|--|
| Confirmação sobre o paciente <input checked="" type="checkbox"/> Identificação do Paciente <input checked="" type="checkbox"/> Local da cirurgia a ser feita <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Consentimento Informado realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico do lado correto/ou não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso instalado e funcionando O Paciente tem alguma alergia? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em criança)? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição | <input checked="" type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões. <input checked="" type="checkbox"/> O Cirurgião, o Anestesista e a Enfermagem verbalmente, confirmam: <ul style="list-style-type: none">• Identificação do Paciente• Local de cirurgia a ser feita• Procedimento a ser realizado Antecipação de eventos críticos: <input type="checkbox"/> Revisão do cirurgião há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente <input checked="" type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? <u>Não</u> O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Exames de imagem estão disponíveis? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: <input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta <u>11 003 784</u> <input type="checkbox"/> Peças para exame estão identificadas e com o nome do paciente <input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido <input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente <input checked="" type="checkbox"/> Hidratação venosa identificada <input checked="" type="checkbox"/> Prontuário está completo Pulseiras de identificação presentes na mãe e RN <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não |

Assinatura e Carimbo do profissional: _____



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 153168-2 Convênio: Particular Data: 26/12/2016 Apt/Leito: 116-A Sala: 3
Paciente: Wendell Meneses Barbosa Circulante: Calvany
Cirurgia: RMS Cirurgião: Dr. Marcus Vinícius Sr. Instrum.: Rosimildo
Anestesiista: Dr. Jhlessom Ribeiro Tipo Anestesia: 4.50 Hora Entrada S.O.: 10:30 Hora Saída S.O.: 10:45 T: 10:50 T: 10:55

| Materials | Quant. | Medicamentos | Quant. | Taxas | Quant. |
|-------------------------|--------|------------------------------|--------|-----------------|--------|
| ABOCATH nº 38 | 1 | ABD 1000 ML | | AR COMPRIMIDO | |
| AGULHA nº 40x12 | 1 | ABD 10 ML | | ASPIRADOR | |
| AGULHA RAQUI nº 27 | 1 | ABD 500 ML | | BEÇO AQUECIDO | |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO cm | 1 | ADRENALINA | | BILIBERÇO | |
| ATADURA CREPE cm 15cm | 1 | ÁGUA OXIGENADA | 20ml | BIST. BIPOLAR | |
| ATADURA GESSADA cm | | ALCOOL A 70% | | BIST. MONOPOLAR | |
| BOLSA COLOSTOMIA | | ATRACUR | | CAPNOGRAFO | |
| BURETA | | ATROPINA | | CAF | |
| CATETER NASAL | | CIPROFLOXACINA | | ENCUBADORA | |
| CATETER P/ PERIDURAL | | DECADRON 2 MG | 1 | MON. CARDIACO | Sim |
| CAOSSEA | | DECADRON 4 MG | 1 | NITROGÊNIO | |
| COLETOR SISTEMA FECHADO | | DIAZEPAN | 1 | OXIDO NITROSO | |
| COLETOR UNIVERSAL | | DIPIRONA | 1 | OXIGÊNIO | Sim |
| COMPRESSA Pacote | 1 | DOLANTINA | 1 | OXÍMETRO | Sim |
| COTTONOIDE | | DORMONID | 1 | R.P.A | Sim |
| DRENO PENROSE nº | | EFEDRINA | | RAIO - X | |
| DRENO ORTO VAC nº | 1 | EFORTIL | | RESPIRADOR | |
| ELETRODOS nº | 1 | ETOMIDATO | 1 | VIDEO | |
| EQUIPO MACRO | | FENTANIL 20ml | 1 | Fuxodeluxa | Sim |
| EQUIPO MICRO | | GENTAMICINA 80 GM | | | |
| FIO ALGODÃO nº | | GLICINA | | | |
| FIO CAT GUT CROMADO nº | | HALOTANO | | | |
| FIO CAT GUT SIMPLES nº | | HEMACEL | | | |
| FIO ETHIBOND nº | | HIDROCORTIZONA 500MG | | | |
| FIO NYLON nº | | INOVAL | | | |
| FIO PROLENE nº | | ISOFLURANO | | | |
| FIO VICRIL nº | | KEFLIN 1GR | | | |
| FORMOL A 10% | | KETALAR | | | |
| GAZE Pacote | 4 | MANITOL | 1 | | |
| GLUTARON | | MARCAINA PESADA 0.5% | 1 | | |
| INTRACATH | | METRONIDAZOL | | | |
| AMINA BISTURI nº | | NARCAN | | | |
| NTE INTRA-OCULAR nº | | NAROPIM | | | |
| LINHO nº | | NAUSEDON | | | |
| LUVA ESTÉRIL nº 7-5 | 1 | NEOCAINA ISOBARICA 0.5% | | | |
| LUVA PROCEDIMENTO | | OCITOCINA | | | |
| MALHA TUBULAR | | OXACILINA 500MG | | | |
| METILCELOULOSE | | PAVULON | | | |
| MICROPORE | | PLASIL | | | |
| POVIDINE DEGERMANTE | | PROPOFOL | | | |
| POVIDINE TINTURA | | PROSTIGMINE | | | |
| POVIDINE TOPICO | 1 | QUELICIM | | | |
| SERINGA 10 ML | 1 | ROCEFIM | | | |
| SERINGA 20 ML | 1 | SOLUÇÃO SALINA | | | |
| SERINGA 3 ML | 1 | SORO FISIOLÓGICO 125 ML | | | |
| SERINGA 5 ML | 1 | SORO FISIOLÓGICO 250 ML | | | |
| SERINGA INSULINA | | SORO FISIOLÓGICO 500 ML | 1 | prizade | |
| SONDA ASPIRAÇÃO nº | | SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML | | | |
| SONDA FOLLEY nº | | SORO GLICOSADO 500 ML | | | |
| SONDA NASOGÁSTRICA nº | | SORO RINGER 500 ML | | | |
| TELA DE MARLEX | | TAGAMET | | | |
| TUBO ENDOTRAQUEAL nº | | THIOPENTAL 1GR | | | |
| Ureter irrigante | 50ml | TILATIL 20mg | 1 | | |
| Ureter alveolar | 50ml | XILOCAINA 2% CV | | | |
| | | XILOCAINA 2% SN | | | |
| | | XILOCAINA GEL | | | |



LABORATÓRIO BIONORTE

Rua Alvorada, 125, Bosque, Rio Branco - AC
Telefone: (68) 3302-0150 - 32249847 Fax: (68) 3302-0166
Inscrição CRF: 21137 Alvará de Funcionamento: 00001128434
Site: www.laboratoriodibionorte.com.br



Nome: **Wendell Meneses Barbosa, 26 A 10 M**
Médico: **X**
Convênio: **UNIDADE DE SAÚDE DO ESTADO**
Local de Atendimento: **Unidade de Coleta Estação ES**

Requisição: **13034570**
Data: **08/12/2016 09:49**
Emissão: **09/12/2016 09:44**

Exames:

Sódio

Material: **Soro**
Método: **Elétrodo seletivo**

Data da Coleta: **08/12/2016 09:47**

Valores de referência

135 a 145 mEq/L

Resultado

141 mEq/L

Resultado(s) Aprovado(s) e Liberado(s) Eletronicamente por Biom[®] Shirley Raquemilly - CRBM 1676

Potássio

Material: **Soro**
Método: **Elétrodo seletivo**

Data da Coleta: **08/12/2016 09:47**

Valores de referência:

3,7 a 5,6 mEq/L

Resultado

4,2 mEq/L

Resultado(s) Aprovado(s) e Liberado(s) Eletronicamente por Biom[®] Shirley Raquemilly - CRBM 1676



Bioq. Vernel Dutra Sturza
CRF-AC 040

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc. Somente o médico pode interpretar os resultados. Valores discordantes devem ser revisados ou confirmados com uma nova amostra.

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. SACCES UNIDAS, 700, - BOSQUE RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-4040
CGC - 04.034.526/0002-24

Idade...: 26A
Requis.: 06/12/2016

Paciente...: WENDELL MENESES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.5.027684
Num. do BE: 02408278

US. Origen...: HUERB/RS
Solicitante: NELSON CEZAR MARQUEZINI

Cons. Regional: 735

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

ERITROGRAMA

| | | |
|------------------------|-------|------|
| Hemoglobina (Hb)..... | 11,50 | g/dL |
| Hematócrito (Hct)..... | 42,00 | % |
| Hematócrito (Hct)..... | 31,30 | % |
| VR:..... | 28,59 | pg |
| VR:..... | 32,80 | g/dL |

VR: R: 4.2 a 5.2 x 10¹² a 10.000/mm³
VR: H: 12 a 18 M: 12 a 16 g/dL
VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

| | | |
|----------------------|-------|------------------|
| Contagem Global..... | 9,500 | /mm ³ |
| Basófilos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | /mm ³ |
| Eosinófilos..... | 45 | mm ³ |
| Valor Absoluto..... | 0 | % |
| Neutrófilos..... | 2 | mm ³ |
| Valor Absoluto..... | 0 | % |
| Monócitos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | mm ³ |
| Linfócitos..... | 84 | % |
| Valor Absoluto..... | 8,040 | mm ³ |
| Linfócitos..... | 30 | % |
| Valor Absoluto..... | 2,850 | mm ³ |
| Monócitos..... | 5 | % |
| Valor Absoluto..... | 475 | mm ³ |
| Plaquetas..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | mm ³ |

VR: 5.000 a 10.000 /mm³
VR: 0 a 1 %
VR: 2 a 4 %
VR: 0 %
VR: 0 a 1 %
VR: 0 a 5 %
VR: 34 a 64 %
VR: 20 a 35 %
VR: 4 a 8 %
VR: 0 %

11 DEZ 2016

11 DEZ 2016

Márcia Oliveira da S. César
Biólogica
CRM 749 PA

OS VALORES DE REFERÊNCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Examinado por: MÁRCIA OLIVEIRA DA S. CÉSAR - CRM 749/PA Data: 06/12/16 às 15:21-16h. Via Impressa: 06/12/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento..... 01 MINUTO E 45 SEGUNDOS
Tempo de Coagulação..... 06 MINUTOS
Coagulação de Fibrinogênio..... 273,000 mm³

VR: 1 - 5 minutos
VR: 2 - 10 minutos
VR: 190 a 400.000 /mm³

Examinado por: MÁRCIA OLIVEIRA DA S. CÉSAR - CRM 749/PA Data: 06/12/16 às 15:21-16h. Via Impressa: 06/12/16

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC
* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

FONE: 3223-3080

Paciente: WENDELL MENEZES BARBOSA

ID amost: 53

ID paciente:

Idade:

Data nascimento:

Tipo de amostra: Soro

Cód barra: 5027684

Data da coleta: 06/12/2016

Sexo:

Hora da coleta:

Depart.:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

| Química | Resultado | Unidade | MARC | Interv. ref. |
|---------|-----------|---------|------|--------------|
| GLI | 98 | mg/dL | | |
| URE | 26 | mg/dL | | |
| CRE | 1.0 | mg/dL | | |

Data/Hora solicitação: 06/12/2016

Data/Hora teste: 06/12/2016

Data/Hora Impr.: 06/12/2016 15:46:23

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Luis Edgardo Riveros
Biomédico

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Reg. Definitivo...: 79136
Numero do CNS.....: 706009878969642
Nome.....: WENDELL MENESES BARBOSA
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 11/01/1990 Idade: 26 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: PEDRO CAMELO BARBOSA
Nome da Mae.....: MARIA DO SOCORRO CRUZ MENESES
Endereco.....: RUA FLORIANO PEIXOTO 00389
Bairro.....: CENTRO Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000081146111
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA ULTIMA INTERNACAO
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2340183
Clinica.....: 007 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "A"
Leito.....: 999.0007
Data da Internacao: 02/05/2016
Hora da Internacao: 17:45
Medico Solicitante: 509.036.162-20 - JOSE LUIZ SILVERIO CABANILLAS
Proced. Solicitado: 04.15.01.001-2
Diagnostico.....: A48.8
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA
Proc.Realizado: 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Dt.Hr Saida: 19/05/2016 17:45
Especialidade:
Tipo de Saida: Alta
CID Principal: A488 OUTRAS DOENCAS BACTERIANA
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

A1H - 5256500544853

2(2)



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

| 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 - CNES | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| CCA lot 134 | | | |
| Identificação do Paciente | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| Nivaldo Mendes Barbosa | | 2340183 | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 706009878969642 | | 11/01/90 | |
| 9 - SEXO | | 10 - RAÇA/COR | |
| Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> | | | |
| 11 - NOME DA MÃE | | 12 - TELEFONE DE CONTATO | |
| Maria da Socorro Cruz Meneses | | | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 14 - TELEFONE DE CONTATO | |
| | | | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | |
| Rua Floriano Peixoto 389 | | Rio Branco | |
| 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | | 18 - UF | |
| | | AC | |
| 19 - CEP | | | |
| | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | |
| vítima de acidente de trânsito por colisão com carro apunha FOC na 1/3 distal e protuberância (D) e exposto de fraturas ossas e FOC no ponto punho (D) e transtorno de equilíbrio de todos os membros (D) | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | |
| TRAT. CIRÚRGICO | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | |
| Pr: Frnt. 3. punho (D) e Frnt. do codo punho | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | |
| Frnt. exposta tornozelo e tibia (D) + lesão extensor múltipla mão (D) | | | |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL | | | |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | |
| 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| frnt. punho, tibia e tibia + fix. ext. TNZ + tendão extensor (D) | | | |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | |
| 29 - CLÍNICA | | | |
| 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | | |
| 31 - DOCUMENTO | | | |
| 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | |
| 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| 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 () NÃO SEGURADO | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR | | | |
| 48 - DOCUMENTO | | | |
| 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | | |
| 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |
| 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | |

José L. Silveiro C.
Médico Ortopedista
CRM 483-AC



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

digitado e impresso em: 24/04/2016 às 19:52:24

SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE

HUEB

REGISTRO PACIENTE IDADE CLÍNICA CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B LEITO

134

26

WENDELL MENEZES BARBOSA

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|---|--|---|
| FX DE TIBIA DIREITA "PILAO", LESAO ZONA VI. EXTENSORA MAO DIR. TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 PACIENTE DDH, REFERE POUCA DOR SOLICITO EXAMES | 1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML - EV 12H 2H 3. DAPIRONA 1 G EV + AD 6/6H 4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H | 5ND 500 500 10 15 33 24 5N 24 10 15 33 24 10 15 33 24 | As 05:00hs - Peticionaria da enfim no MD, durante ponto de guarda, recebeu prestes PR - 140x80mm - 40 TAX 36.8°C - 10 ml vacuol |

Rui Ramos dos Santos
CRM/AC 1936
RPM Ortopedia e Traumatologia

17 DEZ 2018
PRONTO-SOCORRO



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

digitado e impresso em 26/04/2016 às 15:53:25

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|---|---|--|
| <p>FX DE TIBIA DIREITA "PILAO", LESÃO ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR, TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5</p> <p>26/04 PACIENTE DDH, LOTE, REFERE POUCA DOR EM MSD</p> <p>AGUARDANDO EXAMES</p> | <p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H</p> <p>3. DAPIRONA 1 G EV + AD 6/6H</p> <p>4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA</p> <p>5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV</p> <p>6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA</p> <p>8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H</p> <p><i>Charles Souza</i> CRM/AC nº 885 Pós Graduação Anestesiologia e Emergência</p> <p><i>Rui Raposo dos Santos</i> CRM/AC 194 Pós Graduação Ortopedia e Traumatologia</p> | <p>500 + 500 10 e 20 04</p> <p>10 e 20 04</p> | <p>236h-post lucida e quixa, acutata a dieta Simere present. por 30 de Educa 2364h-post lucida e quixa, acutata a dieta por 30x 70mmHg 42 Ed</p> |



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

digitado e impresso em 27/04/2016 às 10:54:50

HUERB

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

REGISTRO

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE TIBIA DIREITA "PILAO", LESÃO ZONA V, EXTENSORA MAO DIR, TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5

27/04 PACIENTE DOH, LOTE, REFERE POUCA DOR EM MSD

AGUARDANDO EXAMES

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H

3. DAPIRONA 1 G EV + AD 6/6H

4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H

9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA

10. CURATIVO DIÁRIO

Rui Ramos dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1954

~~20.04.2016~~
~~16.22.04~~
~~16.22.24~~
~~16.22.24~~
~~16.22.24~~
~~16.22.24~~

Às 09:00 h. Pts afilados, col me, acionados deitados operada, micção presente, nua ausu. PA 120x60 mmHg, T 36,4°C, taq 90 bpm, +ba br Eliona
— 28/04/16
5 reba. Exantema, supúrculo, hemorragia - Tiro, não repetição. Pú - 24 na corrente, clp - mta hmt, PA 120x60 mmHg, T 36,4°C, taq 90 bpm, +ba br Eliona

28.04.2016 às 10:00
paciente Tomou banho no leito pelo familiar, realizado curativo no mto e MSD, epi-neco, apbuid, trocado lençol, PA 120 x 80 mmHg T 36,4°C
Tcc — Pamela.

17 DEZ 2016

PROLOGO



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

digitada e impresso em 28/04/2016 às 12:41:40

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|---|---|---|
| <p>FX DE TIBIA DIREITA "PILAO". LESÃO ZONA VI. EXTENSORA MAO DIR. TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5</p> <p>28/04 PACIENTE DDH LOTE. REFERE POUCA DOR EM MSO</p> <p>CONDUITA. ILISAROV?? PASSA P DR NELSON</p> | <p>1. DIETA LIVRE</p> <p>2. SF0.9% 500ML - EV - 12/12H</p> <p>3. DIFIRONA 1 G EV + AD 6/6H</p> <p>4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA</p> <p>5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV</p> <p>6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS</p> <p>7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA</p> <p>8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H</p> <p>9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA</p> <p>10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8</p> <p>11. CURATIVO DIÁRIO</p> | <p>5h 7h 10h 16 21 24 10 27 28 16 27 24 10 16 27 24 13 OP</p> | <p>15:00 Paciente eugeni co, acamado, refere algia em MID, acuta delet, FOP, mel. 77-130x82 mmHg, Tax 38,6C. — Tce Rabielle — 12/4 E NCO 1/4 se 21/11/16 Dr. Delella para 21/11/16 16 presente 1/11 565 — Alameda</p> |

Rui Ramos dos Santos
PRM Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1956

11 DEZ 2018



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

HUEB

LEITO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

134

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|---|--|---|
| FX DE TIBIA DIREITA "PILAO", LESAO ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR, TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 | 1. DIETA LIVRE 2. SF0.9% 500ML - EV - 12/12H 3. DIIPIRONA 1 G EV + AD 5/6H 4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 8. CEFALOTINA 1 G IV 5/6 H 9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 11. CURATIVO DIARIO | 500 500 16 22 24 20 04 20 20 16 22 24 20 16 20 24 12 10 | 16h-post lucido, sem quilha, acerta o dente direito presente. tol 34 22 24 20 16 22 24 20 16 22 24 20 16 20 24 12 10 |
| 29/04 PACIENTE DDH, LOTE, REFERE POUCA DOR EM MSD | | | 16h-post lucido, sem quilha, acerta o dente direito presente. tol 34 22 24 20 16 22 24 20 16 22 24 20 16 20 24 12 10 |
| CONDUZA ILISAROV PASSA P DR NELSON | | | 16h-post lucido, sem quilha, acerta o dente direito presente. tol 34 22 24 20 16 22 24 20 16 22 24 20 16 20 24 12 10 |

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

UNIDADE: _____

Nome do Paciente Wendell Menezes BarbosaIdade: 26 anos Observação: _____Diagnóstico pré-operatório: (1) Fratura exposta torçãozão e perfuração
(2) Lesão extensor 1º 2º 3º 4º e 5º dedos mão (1)Cirurgia proposta: (1) Luxação cunha + FCE ext. peroneo
(2) Luxação cunha + tenotomia múltipla ext.
mão (1)

Diagnóstico definitivo: _____

Cirurgia realizada: _____

Data

24/4/16

Cirurgião

Dr. Silva

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Instrumentadora

Anestesista

Dr. Alex

Anestesia

Bloqueio + Rm Ox

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

() Não

Descrição

Biopsia de congelação

() Sim

() Não

Diagnóstico patológico: _____

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

() Enfermaria

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- Mão (1): FCE semi-circular no dorso punho gleno de raios extensores do dedo. Lavagem extensa. Dúvidas profundas. Retorção em 1º 2º 3º 4º e 5º dedos + raios carpi

- Peroneo (1): Rec no 1/3 distal e protese nodal peroneo. Lavagem extensa. Lavagem base. Cauterização profunda. Lavagem. Trocar e tirar um dente. Sutura.

José L. Silveiro C
Médico Ortopedista
CRM 105.546

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE COM ALTA

Reg. Definitivo....: 79136
Numero do CNS.....: 706009878969642
Nome.....: WENDELL MENESES BARBOSA
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 11/01/1990 Idade: 26 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: PEDRO CAMELO BARBOSA
Nome da Mae.....: MARIA DO SOCORRO CRUZ MENESES
Endereco.....: RUA FLORIANO PEIXOTO 00389
Bairro.....: CENTRO Cep.: 99999-999
Telefone.....: 000000081146111
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA ULTIMA INTERNACAO
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2340183
Clinica.....: 007 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "A"
Leito.....: 999.0007
Data da Internacao: 23/04/2016
Hora da Internacao: 17:45
Medico Solicitante: 509.036.162-20 - JOSE LUIZ SILVERIO CABANILLAS
Proced. Solicitado: 04.15.01.001-2
Diagnostico.....: A48.8
Identif. Operador.: ADELINO

INFORMACOES DE SAIDA
Proc.Realizado: 0415010012 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Dt.Hr Saida: 19/05/2016 17:45
Especialidade:
Tipo de Saida: Alta
CID Principal: A488 OUTRAS DOENCAS BACTERIANA
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

A/H - 121 6500344853

2 (s')



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I

| | | | |
|---|--|--|--|
| 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: _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: CCA lot 134 | | 2 - CNES: _____ 4 - CNES: _____ | |
| Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: Nenell Meneses Barbosa 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 706009878969642 8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/01/90 9 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 10 - RAÇA/CDR: _____ 10.1 - ETNIA: _____ 11 - NOME DA MÃE: Maria do Socorro Cruz Meneses 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Floriano Peixoto 389 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Rio Branco 17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: AC 18 - UF: AC 19 - CEP: _____ | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 2340183 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <p><i>vitium de midula de tranvita por edição mudo cano ap. unimano FCC na 1/3 DISTM e posterior PENNA ① e exporção de fraturas ossos e FCC no outro punho ① e tranvita de a Extrem de todos os dedos mudo ①</i></p> | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <p><i>TUM. CERVICAL</i></p> | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <p><i>Pr: Fmt. b: unimano e Fmt. do ossos PENNA</i></p> | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fmt. exposta tornozelo e tibia ① + lesão Extrem, múltipla mudo ①</i> 24 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____ | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <p><i>Trat. cir. CERVICAL + PR. EXT. TND + TENDONOTIA EXT. ①</i></p> | | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ | |
| 29 - CLÍNICA: _____ 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____ 31 - DOCUMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 50903610220 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: DR. SIWED 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 24/09/16 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>José L. Silveiro C. Médico Ortopedista CRM 483-AC</i> | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 41 - CNPJ DA SEGURADORA: _____ 42 - CNPJ EMPRESA: _____ 43 - CNAE DA EMPRESA: _____ 44 - CBOR: _____ | |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 47 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 48 - DOCUMENTO: _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ | | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____ | |



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

digitado e impresso em: 04/05/2016 às 12:32:06



HUEB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO", LESAO ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR, TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 | 1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H 3. DIPIRONA 1 G EV + AD 6/6H 4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 8. CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H 9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 11. CURATIVO DIARIO | 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 16/05/2016 | 08:00 - Urdia Thomas Barbo de apendicite + braco de nov - pa de corne + curados gerais. He pneumonia 17:00 - curativo segun o leito, curativo de 10.0m guaxa. PA 130x80mmHg bae antena | ao 4h 04 no leito, coenno, corne michele 10, 10.0m afebria, acido o lanche. Anota paventa - PA 120 80mmHg + 100 cobran AE 9815/4 |
|--|---|--|---|---|

Robson de Souza
Pronto Socorro e Traumatologia
PRM-1903



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

digitado e impresso em 03/05/2016 às 13:14:52

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

HUERB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FX DE TÍBIA DISTAL DIREITA "PILÃO"
LESÃO ZONA VI, EXTENSORA MAC
DIR, TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5

0505 PACIENTE DOH LOTE, REFERE
POUCA DOR EM MSD E MISD,
AFEBRIL, CORADO E HIDRATADO,
APRESENTA MELHORIA DO EDEMA EM
MD, NEGANDO OUTRAS QUEIXAS,
PANTUFRIHAS LIVRES

FO LIMP, SEM SAÍDA DE SECREÇÕES
PURULENTAS OU SANGRAMENTOS,
SEM SINAIS FLOÍSTICOS

AGUARDA CONDUTA:
- ILISADIV PASSA P DR NELSON
REUNIZO DE QUARTA

1. DIETA LIVRE

2. SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H

3. DIPIRONA 1G EV + AD 6/6H

4. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA

5. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV

6. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS

7. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA

8. CEFALOTINA 1G IV 6/6H

9. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA

10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8

11. CURATIVO DIÁRIO

12. *Dr. Wilson Domingos* *10/5/16* *26*

Robson de Souza
Pharm. Wilson Domingos
CRM-1920

500 + 500
10/5/16 04

10/5/16 04

10/5/16 04

10/5/16 04

10/5/16 04

*10/5/16 10h 15min com medicação.
AFEBRIL, PASSA BEM,
PIRHOPO NO LEITO, H: CUBA
BANHO DE ASPIRINO.
HALL 1240 10/5/16 11h
PI O. APARECIDA SECHER
SANGUINOLA. — ALFENIL
17:00 - clinto segue p-
lab, urgência Noll. com
química. foi m. c.p.m.
Deo Antares*

*CE 105/16
As 4:00 da tarde
dermú colmo
e período da
noite si referir
alterações e
mucosa presente
TAR=36CPT=120x10
muito ALECICIA ATUA 125/16*

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

26

CLINICAL

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORARIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|--|---|---|--|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO" LESAO ZONA VI EXTENSORA MAO DIR. TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 0605 PACIENTE DOHLOTE, REFERE POUCA DOR EM MSD E MISO, AFEBRIL, CORACO E HIDRATADO, APRESENTA COM DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM MID, NEGANDO OUTRAS QUEIXAS, PANTURILHAS LIVRES FOLIMPA, SEM SAIDA DE SECREÇÕES PURULENTAS OU SANGRAMENTOS, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS AGUARDA CONDUITA ILISAROV PASSA P DR NELSON REUNIZO DE QUARTA | 1 DIETA LIVRE 2 SF 0.9% 500ML - EV - 12/12H 3 DIFIRONA 1 G EV + AD 6/6H 4 OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 5 TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - <u>ESPA</u> 6 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS <u>RETINHA</u> 7 CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 8 CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H 9 GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 10. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 11 CURATIVO DIARIO | 500 300 500 46 32 04 10 04 16 16 32 04 10 16 30 04 12 10 | 17:00 Encontra-se no vegetal, comunicativo, tem dieta seguida, e os pruriti, não me ferido, sem vergado 170 = 120 x 70 ton = 36.5 sec. Tc. Eng. de com 276.200 " " 276.200 12:00 Refere-se a intencional. Justifica Treinot de 100mg + 100mg SF 0.9% + L ———— 15:00 05:00h. Pts 100mg de Colme, diminui prot de queda, mudo pruriti, m. 320x60 mmHg; mx 36,4°C 15:00 Secula - com 359443 |



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

digitado e impresso em 07/05/2016 às 08:18:46

HUEB

REGISTRO

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO" LESAO ZONA VI, EXTENSORA MAO DIR, TENDAO EXTENSOR 1 AO 5 | 1. DIETA LIVRE 2. SF 0.9% 500ML - EV - 12H2H 3. CEFALOTINA 1G IV 6/6 H 4. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 5. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 6. DIFIRONA 1G EV + AD 6/6H 7. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 8. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 10. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 11. CURATIVO DIARIO | <i>Dr. Wendell Menezes Barbosa CRM 16113</i> | | |
| 0705 PACIENTE COM MELHORA DA DOR APRESENTA DIMINUIÇÃO DO EDEMA EM MD, NEGA OUTRAS QUEIXAS. PULSOS DISTAIS NORMAIS BOA PERFUSÃO | | | | 8:00 - Visita Terceira Barbosa da enfermagem + Barbosa da enfermagem de cama + Barbosa da enferma- gem Barbosa |
| FOLIMPA, SEM SAÍDA DE SECREÇÕES PURULENTAS OU SANGRAMENTOS SEM SINAIS FLOGÍSTICOS | | | | 17:00 - Visita Segunda Barbosa, Barbosa, Barbosa Barbosa. PA 120x80 em mmHg. Sem Barbosa |
| AGUARDAR CIRURGIA PARA COLOCAR ILISAROV | | | | 08/05/2016 - 13:00h - PDE sem Barbosa Barbosa, Barbosa, Barbosa Barbosa, PA 120x80 - 36°C - 100% |

PATIENTIE

incomplete beta

IDA/DE

CLINICA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

33

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORAIRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

K210516e -

single root

↑ DIETARY LIVRE

2. SF0 9% 500ML EV - 8/8H ...

3. DIPIRONA 1G EV + AD 6/6H

4. OMEPRAZOL 40MG EV 1 X DIA

5. PLASIL 10 MG • AD 18 ML • EV - 8/8/81 ☒ STN5. TRANAL 100 MG + SF 0.9% : 100 ML - EV - 8/8H

7 CAPTOPRIL 50 MG · VO · SE PAS = 160 E/OU PAD = 100 MINHO

8. CUIDADOS GERAIS • SINAIS VITAIS BRB

9 ELEVAR MEMERO

10. Eukaryotic - (E) - 81 ct
11. Eukaryotic - (E) - 61 ct
12. Eukaryotic - (E) + 81 ct
13. Mitochondrial - (M) - 61 ct

Dr. Lino Ferreira
PRM Orogate e Transmutação
PRM AC 1003

[illegible]



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

digitado e impresso em 13/05/2016 às 11:08:28

HUERB

REGISTRO

PACIENTE

WENDEL MENEZES BARBOSA

IDADE

26

CLÍNICA

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| | | | |
|--|--|--|---|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PLAIO" IFSAO ZONA VI EXTENSORA MAQ DIR, TENDAO EXTENSOR I AO 5 | 1. DIETA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM 2 SF0.9% 500ML - EV - 12/12H 3. CEFALOTINA 1 G IV 8/6 H 4. GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 5. METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 6. DIPIRONA 1 G EV + AD 8/8H 7. TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 8. OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 9. CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 10. CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 11. CURATIVO DIARIO 12. COMPRESSA COM GELO | 500 5/6 16 3/4 10 36 1/4 17 16 3/4 2/10 36 36 36 36 | 17.00 - Leito segue opodo suprimento, 16h. Sem quebra nem quebra de aderência por m. c. p. m. PA = 170 X 80 norm Hg. 360 mmHg Orto. P/S reflete movimento deglutir. Tremor, diátese 1/12- que é tor: 36°C PA = 111/70 Muito - 12 1/2 de |
| AGUARDA CIRURGIA PARA COLOCAR ILISAROV. | | | |

PACIENTE

WENDELL MENEZES BARBOSA

26 IDADE

CLINICA
CMCB -

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

134

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

| EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|---|---|---|-------------------------|
| FX DE TIBIA DISTAL DIREITA "PILAO" LESÃO ZONA VI. EXTENSORA MAC DIR. TENDÃO EXTENSOR 1 AO 5 1605 PACIENTE EVOLUI SEM QUEIXAS. APRESENTA EDEMA EM MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS PULSOS DISTAIS NORMAIS BOA PERFUSÃO. FO LIMP. SEM SAÍDA DE SECREÇÕES PURULENTAS OU SANGRAMENTOS. SEM SINAIS FLOGÍSTICOS AGUARDA CIRURGIA PARA COLOCAR ILUSAROV(?) | 1 DIETA LIVRE 2 SF 0.9% 500ML - EV - 12/21H 3 CEFALOTINA 1 G IV 6/6 H 4 GENTAMICINA 240 MG + SF 250 ML IV 1 X DIA 5 METRONIDAZOL 500MG IV 8/8 6 DIPERONA 1 G EV + AD 6/6H 7 TRAMAL 100 MG + SF 0.9% - 100 ML + PLASIL 10MG - EV 8 OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA 9 CLEXANE 40 MG SC 1 X DIA 10 CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 11 CURATIVO DIÁRIO 12 COMPRESSA COM GELO | 14 600 + 500 16 12. 14. 16 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 25 25. 27. 29. 31 26 26. 28. 30. 01 27 27. 29. 31. 02 28 28. 30. 01. 03 29 29. 31. 02. 04 30 30. 02. 04. 05 31 31. 03. 05. 06 01 01. 03. 05. 07 02 02. 04. 06. 08 03 03. 05. 07. 09 04 04. 06. 08. 10 05 05. 07. 09. 11 06 06. 08. 10. 12 07 07. 09. 11. 13 08 08. 10. 12. 14 09 09. 11. 13. 15 10 10. 12. 14. 16 11 11. 13. 15. 17 12 12. 14. 16. 18 13 13. 15. 17. 19 14 14. 16. 18. 20 15 15. 17. 19. 21 16 16. 18. 20. 22 17 17. 19. 21. 23 18 18. 20. 22. 24 19 19. 21. 23. 25 20 20. 22. 24. 26 21 21. 23. 25. 27 22 22. 24. 26. 28 23 23. 25. 27. 29 24 24. 26. 28. 30 2 | |



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

NOME: Wendell Azevedes Barbosa

IDADE: 26

REGISTRO: _____

ENFERMARIA: _____

LEITO 134

| DATA | EVOLUÇÃO | PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIO | ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM |
|------|----------|-------------------|---------|----------------------------------|
| | | | | Paciente agitada |
| | | | | reumecorado, com |
| | | | | nutritivo, consciente. |
| | | | | acessado aceitar |
| | | | | do dieta opaca. |
| | | | | funções fisiológicas |
| | | | | presentes, avaliada |
| | | | | curativo ao 10:00h |
| | | | | MMID e MMSSD opus |
| | | | | atando limpo e |
| | | | | uso, MMID, apre |
| | | | | está um pouco |
| | | | | edemaciado. medi |
| | | | | cato C.P. 4. sinais |
| | | | | vitalis 130 x 80 mmHg |
| | | | | SpO ₂ 98%. FC 93 bpm. |
| | | | | Tax. 36.4. Ac. 6mf. |
| | | | | Raizida Balal. |
| | | | | DOENIA: 421821 |
| | | | | Enfermeira |
| | | | | CRISTINA |

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE
Departamento de Assistência Médico - Hospitalar
UNIDADE: _____

RELATÓRIO
DE
CIRURGIA

Nome do Paciente Wenadell menzys Barbosa

Idade: 26 Observação: _____

Diagnóstico pré-operatório: fasciotomia pe^{da} (D) (Fr pilão tibial)

Cirurgia proposta: fechamento de fasciotomia de pe^{da} (D)

Diagnóstico definitivo: O mesmo

Cirurgia realizada: O mesmo

Data

19/05/16

Cirurgião Dr. Lysabse

1º Auxiliar

Dr. Thayse

2º Auxiliar

Instrumentadora

LISSABSE

Anestesista

Anestesia

Dr. Glaucio

Acidentes durante o ato cirúrgico

() Sim

() Não

Descrição

Biopsia de congelação

() Sim

() Não

Diagnóstico patológico:

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

() Enfermaria

() CT

() Residência

() Óbito

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- (1) Paciente DDA sob anestesia
- (2) Inspeção + antissepsia + colocação de campos estéril
- (3) Limpeza cl. SPO 3%
- (4) Sutura de pele de fasciotomia de pe^{da} (D)
(Incisões antero medial / antero lateral / medial)
- (5) Limpeza + Curativo estéril

Dr. Thayse Braghin
PRM Ortopedia Traumatologia
CRM/AC 1875

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.2.005294
Num. do BE: 02340183

Idade...: 26A
Requis.: 24/04/2016

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

| | | |
|------------------------|-------|------|
| Hemacias (em milhoes): | 3,91 | mm3 |
| Hemoglobina: | 11,80 | g/dL |
| Hematocrito: | 35,00 | % |
| VCM: | 89,30 | fL |
| HCM: | 30,20 | pg |
| CHCM: | 33,80 | g/dL |

LEUCOGRAMA

| | | |
|---------------------|--------|------|
| Leucometria Global: | 22.600 | /mm3 |
| Basofilos: | 0 | % |
| Valor Absoluto: | 0 | mm3 |
| Eosinofilos: | 0 | % |
| Valor Absoluto: | 0 | mm3 |
| Mielocitos: | 0 | % |
| Valor Absoluto: | 0 | mm3 |
| Metamielocitos: | 0 | % |
| Valor Absoluto: | 0 | mm3 |
| Bastoes: | 1 | % |
| Valor Absoluto: | 578 | mm3 |
| Segmentados: | 86 | % |
| Valor Absoluto: | 19.435 | mm3 |
| Linfocitos: | 8 | % |
| Valor Absoluto: | 1.808 | mm3 |
| Monocitos: | 3 | % |
| Valor Absoluto: | 678 | mm3 |
| Plaquetas: | 0 | % |
| Valor Absoluto: | 0 | mm3 |
| Observacao: | | |

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:12 a 18 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %

VR: 2 a 4 %

VR: 0 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 54 a 64 %

VR: 21 a 35 %

VR: 4 a 8 %

VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

LIBERADO POR: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-DRF RO/AC 41 24/04/16 as 15:56 Coleta: 24/04/16 as 15:56-1a. Via Impressa: 24/04/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

| | |
|------------------------|----------------|
| Tempo de Sangramento: | 1 MIN e 30 SEG |
| Tempo de Coagulacao: | 9 MIN e 30 SEG |
| Contagem de plaquetas: | 302.000 /mm3 |

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

Alexandre Passos da Silva
Farmaceutico - Bioquimico
CRFAC 009

134

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
 Requisicao: 16.PC.2.005625
 um. do BE: 02340183

Idade...: 26A
 Requis.: 28/04/2016

S. Origem.: HUERB/PS CCA
 Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

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

ERITROGRAMA

| | | |
|--------------------------|-------|------|
| hemácias (em milhões)... | 3,10 | mm3 |
| hemoglobina:..... | 9,70 | g/dL |
| hematócrito:..... | 29,00 | % |
| HCM:..... | 91,80 | fL |
| HCM:..... | 31,30 | pg |
| HCM:..... | 34,10 | g/dL |

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhões/mm3
 VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
 VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
 VR: 78 a 98 fL
 VR: 26 a 34 pg
 VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

| | | |
|------------------------------|--------|------|
| leucocitometria Global:..... | 19.400 | /mm3 |
| basófilos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| neutrófilos:..... | 1 | % |
| Valor Absoluto:..... | 194 | mm3 |
| linfócitos:..... | 1 | % |
| Valor Absoluto:..... | 194 | mm3 |
| monócitos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | % |
| plasmócitos:..... | 1 | % |
| Valor Absoluto:..... | 194 | mm3 |
| segmentados:..... | 80 | % |
| Valor Absoluto:..... | 15.520 | mm3 |
| linfócitos:..... | 11 | % |
| Valor Absoluto:..... | 2.134 | mm3 |
| monócitos:..... | 6 | % |
| Valor Absoluto:..... | 1.164 | mm3 |
| bastos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Observação:..... | | |

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
 VR: 0 a 1 %
 VR: 2 a 4 %
 VR: 0 %
 VR: 0 a 1 %
 VR: 0 a 5 %
 VR: 54 a 64 %
 VR: 21 a 35 %
 VR: 4 a 8 %

SANCTUS
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberação por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 28/04/16 às 20:44 Coleta: 28/04/16 às 18:13-1a. Via Impressa: 28/04/16

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 392.000 /mm3

Francisco C. A. Menezes
 Biomédico
 VR: 150 a 400.000 /mm3 - 780 - DA

Liberação por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 28/04/16 às 20:44 Coleta: 28/04/16 às 18:13-1a. Via Impressa: 28/04/16

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC
* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

FONE: 3223-3080

WENDELL MENDES

Paciente:
ID paciente:
Data nascimento:
Cód barra:
Sexo:
Depart.:
Diagn.:
Médico:
Comentário:

2005625

Masc

CCA

ID amost:

79

Idade:

26 Ano

Tipo de amostra:

Soro

Data da coleta:

28/04/2016

Hora da coleta:



| | | Unidade | MARC | Interv. ref. |
|------------------------|------------|------------------|------------|--------------------------------------|
| Química | Resultado | | | |
| URE | 16 | mg/dL | | 10 - 50 |
| Data/Hora solicitação: | 28/04/2016 | Data/Hora teste: | 28/04/2016 | Data/Hora impr.: 28/04/2016 19:58:40 |

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SANITIZADO
ORIGINAL

Fabiola B. Hartolino
Biomédica
CRBM N° 250

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.2.005462
Num. do BE: 02340183 CCA 134

Idade...: 26A
Requis.: 30/04/2016

US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

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

ERITROGRAMA

| | | |
|----------------------------|-------|------|
| Hemácias (em milhões)..... | 3,34 | mm3 |
| Hemoglobina..... | 10,20 | g/dL |
| Hematócrito..... | 30,00 | % |
| VCN..... | 89,90 | fL |
| NCN..... | 30,60 | pg |
| CHCN..... | 34,10 | g/dL |

LEUCOGRAMA

| | | |
|-------------------------|--------|------|
| Leucometria Global..... | 18.300 | /mm3 |
| Basófilos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | mm3 |
| Eosinófilos..... | 2 | % |
| Valor Absoluto..... | 366 | mm3 |
| Mielócitos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | mm3 |
| Metamielócitos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | % |
| Bastões..... | 4 | % |
| Valor Absoluto..... | 732 | mm3 |
| Segmentados..... | 70 | % |
| Valor Absoluto..... | 12.810 | mm3 |
| Linfócitos..... | 18 | % |
| Valor Absoluto..... | 3.294 | mm3 |
| Monócitos..... | 6 | % |
| Valor Absoluto..... | 1.098 | mm3 |
| Blastos..... | 0 | % |
| Valor Absoluto..... | 0 | mm3 |
| Observação..... | | |

VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VR: 76 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %

VR: 2 a 4 %

VR: 0 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 54 a 64 %

VR: 22 a 35 %

VR: 4 a 8 %

VR: 0 %

Dr. Claudio Queiroz
Farmac. Biotécnica
CRP-AC 153

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: CLAUDIA CAMPOS DE QUEIROZ - CRP/AC 053 30/04/16 as 08:50 Coleta: 30/04/16 as 07:03-1a. Via Impressa: 30/04/16

SAME / HUERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
 Requisicao: 16.PC.2.005462
 Num. do BE: 02340183

Idade...: 26A
 Requis.: 30/04/2016

US. Origem.: HUERB/PS
 Solicitante: RUI RAMOS DOS SANTOS

Cons. Regional: 1956

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
 COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento: 01 minuto e 30 segundos
 Tempo de Coagulacao: 08 minutos
 Contagem de Plaquetas: 456.000 /mm3

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

-- TROMBOCITOSE.

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 30/04/16 as 08:50 Coleta: 30/04/16 as 07:03-1a. Via Impressa: 30/04/16

Dr. Cleuda de Queiroz
 Farmac. Clínica
 CRF 053

SAVE / HUERB
 COPIA
 CONFORME ORIGINAL

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: WENDELL MENEZES BARBOSA

ID paciente:

ID amostr.: 9

Data nascimento:

Idade: 0 Ano

Cód barra: 2005462

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 30/04/2016

Depart.: CCA

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

| Química | Resultado | Unidade | MARC | Interv. ref. |
|---------|-----------|---------|------|--------------|
| URE | 29 | mg/dL | | 10 - 50 |

Data/Hora solicitação: 30/04/2016 Data/Hora teste: 30/04/2016 Data/Hora impr.: 30/04/2016 09:06:22

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

Regina V. Santos
Farmac. Bioquímica
CRF - AC nº 17

SANAE

ORIGINAL

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.1.008895
Num. do BE: 02340183

Idade...: 26A
Requis.: 07/05/2016

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

| | | |
|---------------------------|-------|------|
| Hemácias (em milhões).... | 2.84 | mm3 |
| Hemoglobina:..... | 8.81 | g/dL |
| Hematócrito:..... | 26.00 | % |
| VCM:..... | 90.30 | fL |
| NCM:..... | 31.00 | pg |
| CHCM:..... | 34.30 | g/dL |

LEUCOGRAMA

| | | |
|--------------------------|-------|------|
| Leucometria Global:..... | 7.200 | /mm3 |
| Basófilos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Eosinófilos:..... | 3 | % |
| Valor Absoluto:..... | 216 | mm3 |
| Mielócitos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Metamielócitos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | % |
| Bastões:..... | 1 | % |
| Valor Absoluto:..... | 72 | mm3 |
| Segmentados:..... | 42 | % |
| Valor Absoluto:..... | 3.024 | mm3 |
| Linfócitos:..... | 44 | % |
| Valor Absoluto:..... | 3.168 | mm3 |
| Monócitos:..... | 10 | % |
| Valor Absoluto:..... | 720 | mm3 |
| Blastos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Observacao:..... | | |

VR: H: 4,5 a 5 M: 4 a 5 milhões/mm3
VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %

VR: 2 a 4 %

VR: 0 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 54 a 64 %

VR: 21 a 35 %

VR: 4 a 9 %

VR: 0 %

SAVIA HUERB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ARREU MENEZES 07/05/16 as 15:27 Coleta: 07/05/16 as 14:07-16. Via Impressa: 07/05/16

Francisco C. A. Menezes
Biomédico
COP

HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.1.008895
Num. do BE: 02340183Idade...: 26A
Requis...: 07/05/2016US. Origem.: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

| | |
|---------------------------|--------------|
| Tempo de Sangramento:... | 2 MINUTOS |
| Tempo de Coagulacao:..... | 7 MINUTOS |
| Contagem de Plaquetas:... | 690.000 /mm3 |

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

.... TROMBOCITOSE

Liberado por: FRANCISCO CARLOS DE ABREU MENEZES 07/05/16 as 16:28 Coleta: 07/05/16 as 14:07-1a. Via Impressa: 07/05/16

SAME / HUERB
COPIA
CONFIRME ORIGINALFrancisco C. A. Menezes
- Biomédico
- 030. 406. 000. 000

HUERB PATOLOGIA CLINICA

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

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
Requisicao: 16.PC.1.009024
Num. do BE: 02340183

Idade...: 26A
Requis...: 09/05/2016

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

| | | |
|----------------------------|-------|------|
| Hemacias (em milhoes)..... | 3,20 | mm3 |
| Hemoglobina:..... | 9,32 | g/dL |
| Hematocrito:..... | 28,00 | % |
| VCM:..... | 88,10 | fL |
| HCM:..... | 29,10 | pg |
| CHCM:..... | 33,10 | g/dL |

LEUCOGRAMA

| | | |
|--------------------------|-------|------|
| Leucometria Global:..... | 6.200 | /mm3 |
| Basofilos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Eosinofilos:..... | 4 | % |
| Valor Absoluto:..... | 248 | mm3 |
| Mielocitos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Metamielocitos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | % |
| Bastões:..... | 4 | % |
| Valor Absoluto:..... | 248 | mm3 |
| Segmentados:..... | 53 | % |
| Valor Absoluto:..... | 3.286 | mm3 |
| Linfocitos:..... | 33 | % |
| Valor Absoluto:..... | 2.046 | mm3 |
| Monocitos:..... | 6 | % |
| Valor Absoluto:..... | 372 | mm3 |
| Blastos:..... | 0 | % |
| Valor Absoluto:..... | 0 | mm3 |
| Observacao:..... | | |

VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
VR: H:13 a 19 M:12 a 16 g/dL
VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VR: 78 a 98 fL
VR: 26 a 34 pg
VR: 31 a 36 g/dL

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
VR: 0 a 1 %

VR: 2 a 4 %

VR: 0 %

VR: 0 a 1 %

VR: 0 a 5 %

VR: 54 a 64 %

VR: 21 a 35 %

VR: 4 a 8 %

VR: 0 %

Dra. Cleuda Campos de Queiroz
Farm. Quimica
CRF-AC 053

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 09/05/16 as 17:32 Coleta: 09/05/16 as 16:28-1a. Via Impressa: 09/05/16

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Amostra: Sangue Total

Resultado:..... 645.000 > /mm3

VR: 150 a 400.000 / mm3

Liberado por: CLEUDA CAMPOS DE QUEIROZ - CRF/AC 053 09/05/16 as 17:32 Coleta: 09/05/16 as 16:28-1a. Via Impressa: 09/05/16

SAME / HUERB
COPIA
CONF. ORIGINAL

REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO - RT

1. UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

2. DADOS DO PACIENTE

NOME COMPLETO: Wendel Luiz de Jesus Barbosa
REGISTRO Nº: 0340583 CARTÃO SUS Nº: 406009878969642
GÊNERO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO PESO (Kg): 70 IDADE: 41 ANOS
ETNIA: ☒ BRANCO ☐ MULATO ☐ AMARELO
SETOR DE INTERNAÇÃO: ENFERMARIA LEITO: 1
TRANSFUSÃO DE SANGUE ANTERIOR? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO: 1 / 1 / 1
ANTECEDENTE GESTACIONAL: ☐ GESTANTE ☐ PARTO PARA 1 / 1 / 1 MULTÍPARA ☐ ABORTO ☐ *NA
REAÇÃO TRANSFUSIONAL PRÉVIA? ☐ NÃO ☐ SIM QUANDO: 1 / 1 / 1 QUAL? 1

NOME COMPLETO DA MÃE: Mãe do Sr. Luiz de Jesus Barbosa

INDICAÇÃO CLÍNICA (CÓDIGO DO CID):

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA (CÓDIGO DO CID):

| EXAMES LABORATORIAIS DO PACIENTE | DATA | EXAME | RESULTADO | DATA | EXAME | RESULTADO |
|--|-------|----------------------------------|-----------|------|--------------|-----------|
| | 02/05 | Hb (g/dL) | 8,8 | | TTPA | |
| | 02/05 | Ht (%) | 26,1 | | FIBRINOGENIO | |
| | | TP (% INR) | | | PDT | |
| | 02/05 | Plaquetas x 1000/mm ³ | 50.000 | | D-DÍMEROS | |

3. TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA ☐ DATA: 1 / 1 / 1 ROTINA ☐ ☒ URGENTE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência) ☐
TRANSFUSÃO DE ROTINA: poderá ser feita dentro de 24 horas
TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (extrema urgência): Quando o retardo de transfusão puder acarretar risco para a vida do paciente, neste caso preencher o campo 3.1.

3.1. DADOS DO MÉDICO SOLICITANTE

Nome Completo/Assinatura/Número do CRM: Dr. Luiz de Jesus Barbosa Data da Solicitação: 08/05/16
HORA da Solicitação: h min.

4. DADOS DO(S) HEMOCOMPONENTE(S) SOLICITADO(S)

| | | | |
|--|--------------|--------------|-------------|
| CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH) | VOLUME EM ml | Nº DE BOLSAS | OBSERVAÇÕES |
| PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC) | | | |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP) | | | |
| CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFÉRESE (CPA) | | | |
| CRIOPRECIPITADO (CRIO) | | | |
| 4.1. PROCEDIMENTOS ESPECIAIS: | | IRRADIADO | |
| CH LAVADO | | FENOTIPADO | |
| DELEUCOCITADO | | OUTROS: | |
| ST RECONSTITUÍDO VOLUME | | | |

5. AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFUSÃO DE EMERGÊNCIA (Extrema Urgência)

Autorizo a liberação dos concentrados de hemácias solicitados, sem a finalização dos Testes Pré Transfusionais, justificada por risco de morte do paciente, caso a hemotransfusão não ocorra imediatamente. Estou ciente que a unidade hemoterápica (AT/HUERB) estará isenta de qualquer responsabilidade, em eventuais intercorrências clínicas com o paciente que possa decorrer da prática acima autorizada. Portanto, assumo todas as consequências advindas desta conduta.

Assinatura e CRM legível/carimbo:

6. ENTRADA DA REQUISIÇÃO PARA TRANSFUSÃO (RT) NA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL (AT)

HORÁRIO: 10:20 DATA: 08/05/16 IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU A REQUISIÇÃO/AMOSTRA: Williane

HUERB
PATOLOGIA CLINICA
 AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 221-3080
 CGC - 04.034.526/0002-24

Idade...: 26A
 Requis.: 17/05/2016

Paciente...: WENDELL MENEZES BARBOSA (EME)
 Requisicao: 16.PC.2.202046
 Num. do BE: 02340183

US. Origem.: HUERB/PS *ccv*
 Solicitante: ROBSON DE SOUZA SILVA

Cons. Regional: 1903

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

ERITROGRAMA

| | | |
|-----------------------|-------|------|
| Hemácias (em milhões) | 3,44 | mm3 |
| Hemoglobina | 10,30 | g/dL |
| Hematócrito | 31,00 | % |
| UCM | 89,30 | fL |
| HCM | 30,00 | pg |
| CHCM | 33,80 | g/dL |

VR: H: 4,5 a 6 M: 4 a 5 milhões/mm3
 VR: H: 13 a 18 M: 12 a 16 g/dL
 VR: H: 42 a 52 M: 37 a 48 %
 VR: 78 a 98 fL
 VR: 28 a 34 pg
 VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

| | | |
|--------------------|-------|------|
| Leucocetria Global | 5,500 | /mm3 |
| Eosinófilos | 0 | % |
| Valor Absoluto | 0 | mm3 |
| Neutrófilos | 0 | % |
| Valor Absoluto | 0 | mm3 |
| Linfócitos | 0 | % |
| Valor Absoluto | 0 | mm3 |
| Monócitos | 0 | % |
| Valor Absoluto | 0 | mm3 |
| Basófilos | 1 | % |
| Valor Absoluto | 55 | mm3 |
| Plaquetas | 69 | % |
| Valor Absoluto | 3,795 | mm3 |
| Plaquetas | 29 | % |
| Valor Absoluto | 1,595 | mm3 |
| Plaquetas | 1 | % |
| Valor Absoluto | 55 | mm3 |
| Plaquetas | 0 | % |
| Valor Absoluto | 0 | mm3 |

VR: 5.000 a 10.000 /mm3
 VR: 0 a 1 %
 VR: 2 a 4 %
 VR: 0 %
 VR: 0 a 1 %
 VR: 0 a 5 %
 VR: 54 a 64 %
 VR: 21 a 35 %
 VR: 4 a 8 %
 VR: 0 %

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
 SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Elaborado por: SILVANA COELHO PAIVA - CRM 658/PA 17/05/16 às 08:30 Coleta: 17/05/16 às 06:46-1h Via Impressa: 17/05/16

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento: 1 MINUTO 30 SEGUNDOS
 Tempo de Coagulação: 5 MINUTOS
 Contagem de Plaquetas: 428.000 /mm3

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

Dr. Silvana C. Paiva
 Biomedica
 CRM 658/PA

Dr. Silvana C. Paiva
 Biomedica
 CRM 658/PA
Uto

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: _____

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

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

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN.
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM NASCIDO

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO - HOSPITAL

Rua: RUA ALVORADA

Nº806 BOSQUE

CNPJ: 00.529.443/0003-36

69900-631 Rio Branco AC

Nº DO RECIBO

008235

RECIBO DE ADIANTAMENTO

R\$ R\$ 1.178,20

RECEBI(EMOS) DE(A) WENDELL MENESES BARBOSA

A IMPORTANCIA DE UM MIL, CENTO E SETENTA E OITO REAIS E VINTE

REAIS

, PROVENIENTE DE ADIANTAMENTO.

REF. A CONTA ABERTA EM ENFER+CONSULTA PRE-ANESTESICA PROC: RETIRADA DE MATERIAL DE SINTESE, AOS CUIDADOS DO DR MARCUS VINICIUS.

NOME DO PACIENTE:

LEITO/APTO Nº CIR:

Rio Branco - AC, 26 de dezembro de 2016



Maria Rosilene

ASSINATURA (Maria Rosilene de Oliveira Lima)



CLINICA DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA

Dr. Marcus Vinicius S. Yomura
Médico - CRM 890/AC

Membro:

SBOT
SOCIIDADE BRASILEIRA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paciente: Wendell Meneses Barbosa

Hd: Fratura Ossos Perna Direita

Retirada Material de Sintese

Equipe Cirúrgica:

- Cirurgião (médico)
- Instrumentador Cirúrgico
- Visita Hospitalar (internação)



Honorários equipe cirúrgica R\$ 2.000,00

Marcus Vinicius Yomura
Ortopedia e Traumatologia
CRM 890/AC

Rio Branco-Acre 21 Dezembro de 2016



CEDIAC

Rua Hugo Carneiro, nº 689 - Bosque - Cep: 69900-550 - Rio Branco - AC
(68) 3223-2005 / 8111-0348 / 3223-7417

Ortopedia ou
traumatologia

SERVIÇOS PRESTADOS

CONVÊNIO: Particular DATA 21/12/16

PACIENTE: WESLEY M. BARBOSA

DIAGNOSTICO: Fratura ossos Perna (D)

PROCEDIMENTO

→ Realização de fixação externa.

→ Anestesia - enfiar na via.

→ Anestesia raqui-anestesia.

Duração ± 1h.

→ 1 dia internado.

→ Equipe → $\left\{ \begin{array}{l} Cirurgião \\ Anestesiologista \\ Instrumentação \end{array} \right.$

MÉDICO: _____

Marcus Vinícius Gomes
Ortopedista Traumatologista
CRM 42.558

→ 999510795 - A

999546223 - A - laurimonia



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

Rio Branco, 22 de DEZEMBRO de 2016

Orçamento solicitado para paciente WENDELL M. BARBOSA para a realização RETIRADA MATERIAL DE SINTESE o orçamento e apenas diárias, taxas, anestesia, porte de sala, MAT/MED não podemos prever o que será usado no centro cirúrgico e leito, portanto neste orçamento não terá valores de materiais e medicamentos, lembrando que os valores citados abaixo e apenas uma previsão do que vai ser usado, podendo ter mais taxas ou não.

| | ENFERMARIA | APARTAMENTO |
|--------------------------------|------------|-------------|
| CONSULTA PRE-ANESTESICA | R\$ 178,20 | R\$ 178,20 |
| RECUPERAÇÃO POS CIRURGIA | R\$ 89,10 | R\$ 89,10 |
| BISTURI | R\$ 49,00 | R\$ 49,00 |
| MONITOR CARDIACO | R\$ 41,58 | R\$ 41,58 |
| OXIMETRO | R\$ 53,46 | R\$ 53,46 |
| TAXA DE INTERNAÇÃO | R\$ 23,73 | R\$ 23,73 |
| OXIGENIO POR HORA (1 horas) | R\$ 35,00 | R\$ 35,00 |
| AR COMPRIMIDO A HORA (1 horas) | R\$ 21,38 | R\$ 21,38 |
| PORTE SALA - PA | R\$ 386,10 | R\$ 386,10 |
| TAXA DE CURATIVO MEDIO | R\$ 23,76 | R\$ 23,76 |
| ANESTESIA | R\$ 400,00 | R\$ 800,00 |
| INTENSIFICADOR DE IMAGEM | R\$ 459,78 | R\$ 459,78 |
| DIARIA APARTAMENTO (1 DIA) | R\$ 160,00 | R\$ 340,00 |

TOTAL: + ou -

R\$ 1.921,97 R\$ 2.501,97

11 DEZ

PROJ. 001
P. 001-00

imprimir



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO
BRANCO AC**
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e
Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe

A autenticidade desta nota pode ser confirmada
em: <https://www.e-nfs.com.br/riobranco>,
informando o código de verificação.

Código de verificação

E0C8.E557.1A1E

Data/Hora da emissão

21/12/2016 - 13:37:24

Natureza da operação

**N Incid / Est / Fixo
/ Op. Isenta**

Valor da Nota

832**Prestador de Serviços**

MVY CLINICA DE ESPECIALIDADES MEDICAS SOCIEDADE SIMPLES - ME
HUGO CARNEIRO, 689, SALA 201, 202 E 210
BOSQUE, Telefone: 68 32244310.

CEP: 69900-550 - RIO BRANCO - AC - BRASIL

CPF/CNPJ: 12.025.851/0001-78

Email: fiscal@grupodueti.com.br

Inscrição Municipal

1328034

Inscrição Estadual

0102375600194

Tomador de Serviço

Nome do tomador do serviço

WENDELL MEENESES BARBOSA

CPF/CNPJ

002.503.862-16

Endereço

RUA TERRA, 62,

Número

MORADA DO SOL, Telefone:

Cidade

RIO BRANCO - AC - BRASIL

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Discriminação do Serviço/Dados Adicionais

REFERENTE A CONSULTA COM O ORTOPEDISTA - DR MARCUS VINICIUS

Sequência: **4.01-MEDICINA E BIOMEDICINA**

Valor do Serviço (R\$)

250,00

Jus

1,00

Desconto (R\$)

0,00

Dedução (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

250,00

Alíquota (%)

0,00

Valor do ISS (R\$)

0,00

Total (R\$)

250,00

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 250,00**Retenções**

INSS (R\$)

0,00

IRPJ (R\$)

0,00

Contribuição

0,00

CSL (R\$)

0,00

IRPF (R\$)

0,00

ISSQN (R\$)

0,00

Outras Deduções (R\$)

0,00

Total Láb. Reten. (R\$)

0,00

Valor Líquido da Nota (R\$)

250,00

Outras Informações

- NFSe é emitida com respaldo da Lei Municipal nº 2.025/2013 e Decreto Municipal 2.248/2013.
- Operação não gera valor de ISSQN. Contribuinte Fixo/MEI ou Estimado.



rede



**PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO
BRANCO AC**
Secretaria de Desenvolvimento Econômico e
Finanças

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

A autenticidade desta nota pode ser confirmada
em: <https://www.e-nfs.com.br/riobranco>,
informando o código de verificação.

Código de verificação

2969.3742 ECF1

Natureza da operação

Imune / Isento

Data/Hora da emissão

27/12/2016 - 13:42:41

Número da Nota

3926

Prestador de Serviços

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIOBRANCO

ALVORADA, 806,

BOSQUE, Telefone: (68)32124700.

CEP 69900-631 - RIO BRANCO - AC - BRASIL

CPF/CNPJ 00.529.443/0003-36

Email financeiro@hsj.org.br

Inscrição Municipal

1030620

Inscrição Estadual

0100108700131

Tomador de Serviço

Nome do tomador do serviço

WENDELL MENESES BARBOSA

CPF/CNPJ

002.503.862-16

Endereço

RUA TERRA, 62,

Bairro

MORADA DO SOL, Telefone: .

Cep

RIO BRANCO - AC - BRASIL

Cidade

RIO BRANCO - AC - BRASIL

Email

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Discriminação do Serviço/ Dados Adicionais

REFERENTE A SERVIÇOS HOSPITALARES.

11 DEZ 2016

PROTEGBOLO

Serviço: 4.03-HOSPITAIS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, SANATÓRIOS, MANICÔMIOS, CASAS
DE SAÚDE, PRONTOS-SOCORROS, AMBULATÓRIOS E CONGÊNERES

| Valor do Serviço (R\$) | Qtd | Desconto(R\$) | Dedução(R\$) | Base de Cálculo(R\$) | Alíquota(%) | Valor do ISS(R\$) | Total(R\$) |
|------------------------|------|---------------|--------------|----------------------|-------------|-------------------|------------|
| 1.891,44 | 1,00 | 178,20 | 0,00 | 1.713,24 | 0,00 | 0,00 | 1.713,24 |

VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 1.713,24

Retenções

| | | | | |
|------------|----------------------|---------------------------|----------------------------|-----------|
| DVSR(R\$) | PIR(R\$) | Cofins(R\$) | C.S.L.(R\$) | IRRF(R\$) |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| ISSQN(R\$) | Outras Deduções(R\$) | Total das Retenções (R\$) | Valor Líquido da Nota(R\$) | |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.713,24 | |

Outras Informações

- NFSE é emitida com respaldo da Lei Municipal nº 2.025/2013 e Decreto Municipal
2.248/2013.

- Operação não gera valor de ISSQN. Contribuinte Isento ou Imune.



**CONTA
ENCERRADA**

| | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|------|------------|-----------------------------|------------------|-------------------|----------|
| HOSPITAL SANTA JULIANA | | Extrato de Conta Hospitalar | | | Data 27/12/2016 10:03:00 | | Página 2 | |
| Cliente: 153168 - WENDELL MENESES BARBOSA | | Categoria | | Parcial | Data e Hora ENTRADA | | Data e Hora SAÍDA | |
| Atd.: 2 | | Médico: MARCUS VINICIUS SHOITI YOMURA | | PARTICULAR | 1 | 26/12/2016 09:36 | 27/12/2016 08:57 | |
| SERINGA C/AG 10 ML | | UN 70.70.4325 | 1,00 | | | | 4,32 | 4,32 |
| EQUIPO MACROGOTAS C/INJETOR | | UN 70.85.2294 | 1,00 | | | | 33,54 | 33,54 |
| ATADURA CREPE EST 15 CMX1,8 M | | RO 70.85.2570 | 2,00 | | | | 11,1120 | 22,22 |
| Valor Total | | | | | | | 412,45 | |
| Materials - Leito | | | | | | | | |
| LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,5 | | PAR00.29.513 | 1,00 | | | | 2,9760 | 2,98 |
| COMPRESSA DE GAZE ESTÉRIL 7,5 X PCT70.17.6051 | | | 3,00 | | | | 6,60 | 19,80 |
| SERINGA C/AG 10 ML | | UN 70.70.4325 | 2,00 | | | | 4,32 | 8,64 |
| ATADURA CREPE EST 15 CMX1,8 M | | RO 70.85.2570 | 1,00 | | | | 11,1120 | 11,11 |
| ATADURA CREPE EST 10 CMX1,8 M | | UN 70.85.2588 | 2,00 | | | | 7,0920 | 14,18 |
| Valor Total | | | | | | | 56,71 | |
| Total de Gastos : | | | | | | | | 1.713,24 |



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

HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO - HUERB

RECEITUÁRIO MÉDICO

Wendell Menezes Barber

Genio Mest

Declara que o portador está em
alto estágio de febre e
do T_{axo} (C) e que Antes por
Tramonta por do T_{axo} (C), com
higienização de pele e
T_{axo} (C). Injeção de Insulina de 40U de
T_{axo} (C). Injeção de Insulina de 40U de
T_{axo} (C).

D-413

DATA
21/03/17

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

793

Nº CONSELHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446531/18

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF: 002.503.862-16

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/04/2016

Titular do CPF: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WENDELL MENESES BARBOSA : 002.503.862-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: WENDELL MENESES BARBOSA
CPF: 002.503.862-16

WENDELL MENESES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446531/18

Número do Sinistro: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF: 002.503.862-16

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/04/2016

Titular do CPF: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: WENDELL MENESES BARBOSA
CPF: 002.503.862-16

WENDELL MENESES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446531/18

Número do Sinistro: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF: 002.503.862-16

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/04/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WENDELL MENESES BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019
Nome: WENDELL MENESES BARBOSA
CPF: 002.503.862-16

WENDELL MENESES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446531/18

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF: 002.503.862-16

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 23/04/2016

Titular do CPF: WENDELL MENESES BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WENDELL MENESES BARBOSA : 002.503.862-16

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/12/2018
Nome: WENDELL MENESES BARBOSA
CPF: 002.503.862-16

WENDELL MENESES BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA
CPF: 783.757.462-15

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

Data do Acidente: 23/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WENDELL MENESES BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

Data do Acidente: 23/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WENDELL MENESES BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

Data do Acidente: 23/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WENDELL MENESES BARBOSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581282

Vítima: WENDELL MENESES BARBOSA

Data do Acidente: 23/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WENDELL MENESES BARBOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:
(68) 3224-7240 / (68) 3222-8399

Oxy 100

OCCORRÊNCIA Nº: 3703/2016 - Registrado em 4 de Maio de 2016 às 12:32h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 23/04/2016 às 21:24hs Sábado

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br.

LOCAL

| | | | |
|-------------|--------------------------------|---------------|---------------|
| Município: | Rio Branco | Estado: | AC |
| Logradouro: | RIO DE JANEIRO | Nº 0000: | CEP: |
| Bairro: | BOA VISTA ALTA | Id. do Local: | Não Informado |
| Referência: | Cruzamento com a Rua São Paulo | | |

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

TIAGO MENESES BARBOSA (25), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de ESTUDANTE, RG Nº 10321209/SSPAC, CPF 998.810.302-06, nascido em 07/01/1991, natural de Santa Helena - AC, PAI PEDRO CAMELO BARBOSA e MÃE MARIA DO SOCORRO LOPES MENESES, Endereço: FLORIANO PEIXOTO, 553 - Bairro: CENTRO - CEP: 69906-030 - Rio Branco - AC. Telefone(s): 9975-8030 / 9924-3452.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

WENDELL MENESES BARBOSA (26), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Outros empresários e produtores de espetáculos, RG Nº: 10000038/SSPAC, CPF 002.503.662-16, nascido em 11/01/1990, natural de Rio Branco - AC, PAI PEDRO CAMELO BARBOSA e MÃE MARIA DO SOCORRO LOPES MENESES, Endereço: FLORIANO PEIXOTO, Bairro: BARRA - Rio Branco - AC. Telefone(s): 9951-0795.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

RELACIONAMENTOS DO BO

| VEÍCULO(S) | TP DE ENVOLVIMENTO | EXAMES SOLICITADOS |
|------------|--------------------|--------------------|
|------------|--------------------|--------------------|

| | | |
|--|--------|--|
| Placa: MZY-125 | Apurar | |
| Renavam: 903979292 | | |
| Chassi: 9C2JA04207R015875 | | |
| Cor: PRETA | | |
| Modelo/Marca: BIZ 125 ES/HONDA | | |
| Ano: 2006/2007 | | |
| Proprietário: FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES DA SILVA | | |
| Obs: Veículo conduzido por Wendell Menezes Barbosa | | |

| | |
|--|--------|
| Placa: MZY-3113 | Apurar |
| Renavam: 800906330 | |
| Chassi: 94DCMUD223J405668 | |
| Cor: PRATA | |
| Modelo/Marca: FRONTIER 4X4 SE/NISSAN | |
| Ano: 2003/2003 | |
| Obs: Veículo conduzido por DAVID ALVES BEZERRA | |

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA





ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:
(67) 3334-7545 / (67) 3373-8300

OCORRÊNCIA Nº. 3753/2016 - Registrado em 4 de Maio de 2016 às 12:32h

O Noticiante veio comunicar que a vítima, que é seu irmão e encontra-se hospitalizado no PS, estava conduzindo sua motocicleta pela Rua Rio de Janeiro sentido Centro Barro, quando o Veículo Frontier, conduzido segundo testemunhas pelo Sr. David, que vinha também pela Rua Rio de Janeiro sentido Centro, ao fazer uma conversão à esquerda, na esquina da Galena Bessa, invadiu a preferência de seu irmão e colidiu frontalmente com sua motocicleta, vindo a lançá-la a uma certa distância, danificando toda a frente de sua motocicleta e causando fratura exposta em sua mão e perna direita. Informa ainda que o condutor da Frontier se evadiu do local do acidente, sendo seguido por testemunhas e amigos da vítima, quando adentrou em sua residência e não saiu mais, sendo contactado posteriormente pelo Noticiante, arcando parte de despesas, qual seja, conserto da moto, R\$ 400,00 em dinheiro e umas fraudas descartáveis. Informa ainda que a Srª. Lariany Nascimento de Souza estava na garupa de seu irmão.

DENISE PINHO DE ASSIS PEREIRA
DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL

JOSE MARCIO ALVES LOPES
ATENDENTE

TIAGO MENESES BARBOSA
TIAGO MENESES BARBOSA
COMUNICANTE

Leonardo A. A. Santos Barbosa
Delegado de Polícia



ETRAN
ACRE

Povo
do Acre

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

01 NÚMERO BAT

12102

NÚMERO FOLHA

03 MUNICÍPIO

Rio Branco

04 UF

AC

08 DATA

23/09/16

09 DIA DA SEMANA

Sábado

10 LUGAR DO ACIDENTE: CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DE RODOVIA

Rua Rio de Janeiro

11 TIPO DE PAVIMENTO: PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC

Forma Rua São Paulo

12 CONDIÇÕES DA VIA

- 13 CONDIÇÕES DO TEMPO
- ☐ 1 ASPHALTO
 - ☒ 2 CONCRETO
 - ☐ 3 PARALALELOPEDRO
 - ☐ 4 CASCALHO
 - ☐ 5 TERRA
 - ☐ 6 AREIA

- ☒ 1 SECA
- ☐ 2 MOLHADO
- ☐ 3 OLEOSA
- ☐ 4 ENLAMEADA
- ☐ 5 DANIFICADA
- ☐ 6 OBRAS

- ☒ 1 SEM
- ☐ 2 CHUVA
- ☐ 3 NEBLINA
- ☐ 4 GELADA

14 Nº DE VEÍCULOS

02

15 Nº DE VÍTIMAS

02

16 SEXO

M ☒ F ☐

17 NASCIMENTO

23/09/50

18 NOME DO CONDUTOR

ANDREZ MENESES BARBOSA

19 ENDEREÇO

Rua Tenente Quadra 26 Casa 6

20 HABILITAÇÃO

05/01/2010

21 CATEGORIA

A5

22 PRONTUÁRIO

0985619069

23 UF

AC

24 Nº DE EMPREGO

SIM ☐ NÃO ☒

25 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

26 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

27 NOME DO PROPRIETÁRIO

WANDA BIZ

28 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

29 PLACA

MZV 3305

30 MUNICÍPIO

Rio Branco

31 UF

AC

32 COMPARCEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

33 AVALIAS

lateral direita, seta frontal

34 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

lateral esquerda

35 ENDEREÇO DO CONDUTOR

lateral esquerda ao ponto Saia

36 NOME DO CONDUTOR

WANDA BIZ

37 ENDEREÇO

Rua Tenente

38 HABILITAÇÃO

05/01/2010

39 CATEGORIA

A5

40 PRONTUÁRIO

0985619069

41 UF

AC

42 Nº DE EMPREGO

SIM ☐ NÃO ☒

43 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

44 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

45 NOME DO PROPRIETÁRIO

WANDA BIZ

46 ESPÉCIE

PASSAGEIRO

47 PLACA

MZV 3313

48 ENDEREÇO

Rua Romão Ferreira N° 283

49 COMPARCEU NO POSTO

SIM ☐ NÃO ☒

50 AVALIAS

lateral direita

51 SENTIDO QUE TRAFEGAVA

Rua São Paulo para a Rua Rio de Janeiro

52 NOME DO CONDUTOR

Wanda BIZ

53 ENDEREÇO

Rua Tenente

54 CATEGORIA

A5

55 PRONTUÁRIO

0985619069

56 UF

AC

57 Nº DE EMPREGO

SIM ☐ NÃO ☒

58 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

59 USAVA CINTO

SIM ☐ NÃO ☒

60 NOME DO CONDUTOR

Wanda BIZ

61 ENDEREÇO

Rua Tenente

Kirila Assaf da Silva
CPF: 9984386228-87
Coordenadora de Engenharia de Trânsito

CONFERE COM O ORIGINAL

EM: 04/10/16



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:
(68)3224-7240 \ (68)3222-8399

Original

OCORRÊNCIA Nº: 3753/2016 - Registrado em 4 de Maio de 2016 às 12:32h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 23/04/2016 às 21:24hs, Sábado

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI N° 9.503/97)

Mensagem Obrigatória "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT) informações www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

| | | | |
|-------------|--------------------------------|---------------|------------|
| Município: | Rio Branco | Estado: | AC |
| Logradouro: | RIO DE JANEIRO | Nº 0000 | CEP: |
| Bairro: | ABRAHÃO ALAB | Tip de Local: | VIA URBANA |
| Referência: | Cruzamento com a Rua São Paulo | | |

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE

TIAGO MENESES BARBOSA (25), do sexo masculino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de ESTUDANTE, RG N° 10321209/SSPAC, CPF: 996.810.302-06, nascido em 07/01/1991, natural de Santana Quilomero - AC, PAI PEDRO CAMELO BARBOSA e MÃE MARIA DO SOCORRO CRUZ MENESES, Endereço: FLORIANO PEIXOTO, 553 - Bairro: CENTRO - CEP: 69908-030 - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9976-8030 / 9924-3452.

ENVOLVIMENTO: VÍTIMA

WENDELL MENESES BARBOSA (26), do sexo masculino, Brasileira, Casado, exercendo a profissão de Outros empresários e produtores de espetáculos, RG N°: 10000038/SSPAC, CPF: 002.503.862-16, nascido em 11/01/1990, natural de Rio Branco - AC, PAI PEDRO CAMELO BARBOSA e MÃE MARIA DO SOCORRO CRUZ DE MENESES, Endereço: FLORIANO PEIXOTO - Bairro: BASE - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9951-0795.

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

RELACIONAMENTOS DO BO

| VEÍCULO(S) | TP DE ENVOLVIMENTO | EXAMES SOLICITADOS |
|------------|--------------------|--------------------|
|------------|--------------------|--------------------|

| | | |
|--|--------|--|
| Placa: MZV-7708 | Apurar | |
| Renavam: 903979292 | | |
| Chassi: 9C2JA04207R015875 | | |
| Cor: PRETA | | |
| Modelo/Marca: BIZ 125 ES/HONDA | | |
| Ano: 2006/2007 | | |
| Proprietário: FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES DA SILVA | | |
| Obs: Veículo conduzido por Wendell Menezes Barbosa | | |

| | | |
|--|--------|--|
| Placa: MZY-3113 | Apurar | |
| Renavam: 800906330 | | |
| Chassi: 94DCMUD223J405668 | | |
| Cor: PRATA | | |
| Modelo/Marca: FRONTIER 4X4 SE/NISSAN | | |
| Ano: 2003/2003 | | |
| Obs: Veículo conduzido por DAVID ALVES BEZERRA | | |



HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA



ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DA 1ª REGIONAL - 1ª DPCR
Endereço: EPAMINONDAS JACOME CADEIA VELHA - 69900-115, Fone:
(68)3274-7245 / (68)3272-8389

OCORRÊNCIA Nº: 3753/2016 - Registrado em 4 de Maio de 2016 às 12:32h

O Noticiante veio comunicar que a vítima, que é seu irmão e encontra-se hospitalizado no PS, estava conduzindo sua motocicleta pela Rua Rio de Janeiro sentido Centro Bairro, quando o Veículo Frontier, conduzido segundo testemunhas pelo Sr. David, que vinha também pela Rua Rio de Janeiro sentido Centro, ao fazer uma conversão à esquerda, na esquina da Galeria Bessa invadiu a preferencial de seu irmão e colidiu frontalmente com sua motocicleta, vindo a lançá-lo a uma certa distância, danificando toda a frente de sua motocicleta e causando fratura exposta em sua mão e perna direita. Informa ainda que o condutor da Frontier se evadiu do local do acidente, sendo seguido por testemunhas e amigos da vítima, quando adentrou em sua residência e não saiu mais, sendo contactado posteriormente pelo Noticiante, arcando parte de despesas, qual seja, concerto da moto, R\$ 400,00 em dinheiro e umas fraudas descartáveis. Informa ainda que a Srª. Lariany Nascimento de Souza estava na garupa de seu irmão, mas não sofreu lesões graves.

DENISE PINHO DE ASSIS PEREIRA
DELEGADA DE POLÍCIA CIVIL

JOSE MARCIO ALVES LOPES
ATENDENTE

TIAGO MENESSES BARBOSA
TIAGO MENESSES BARBOSA
COMUNICANTE

Leonardo A. A. Santa Bárbara
Delegado de Polícia

